اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعياديين

تأليف

مارينى ميركولينو

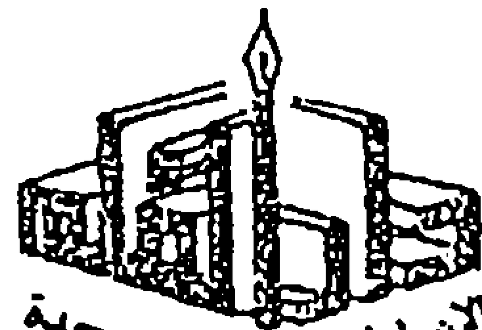
توماس ج . باور

ناثـن ج. بلـوم

ترجمة

أ.د. عبدالعزيز السرطاوي
قسم التربية الخاصة - كلية التربية
جامعة الامارات العربية المتحدة

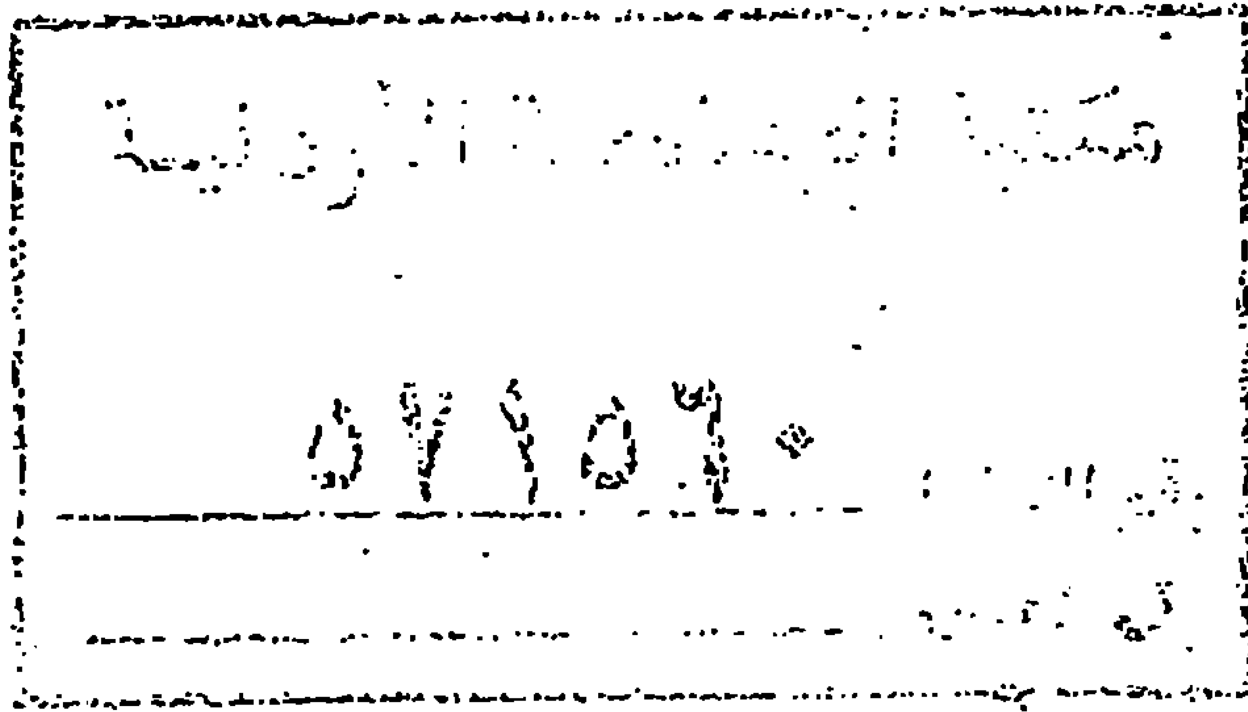
أ. أيمن خشان
وزارة التربية والتعليم
دولة الامارات العربية المتحدة

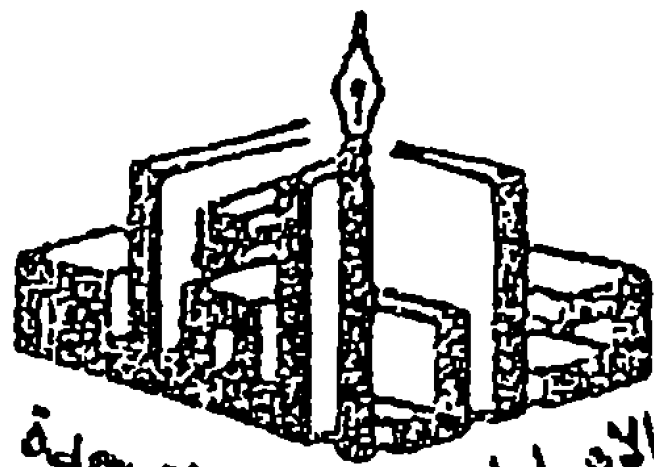


دبي

بسم الله الرحمن الرحيم

الطبعة الأولى
١٤٢٣هـ - ٢٠٠٣م





دبي
دار القلم للنشر والتوزيع

بر دبي - بناية الفردان
تليفون: ٣٩٣٠٤٣٠ - فاكس: ٣٩٣٠٤٠٨ - ص.ب: ١١٨١٧
دولة الإمارات العربية المتحدة

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الموضوع الصفحة

الموضوع الصفحة

الفصل الثاني

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث

الموضوع الصفحة

الفصل الخامس

الفصل السادس

الموضوع	الصفحة

الموضوع الصفحة

الفصل السابع

الموضوع الصفحة

الفصل الثامن

الموضوع الصفحة

الفصل التاسع

الفصل العاشر

الموضوع الصفحة

الفصل الثاني عشر

الفصل الثالث عشر

مقدمة المترجمين

يعتبر ميدان اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ميدانًا وليدًا في أدبيات التربية الخاصة في المكتبة العربية ، وذلك على الرغم من أنّه قد ضرب جذورًا عميقة في أدبيات هذا المجال في المكتبات الأجنبيّة . فلا تكاد تكون هناك أيّة دراسات بحثيّة متكاملة حول هذا الموضوع باللغة العربية ، ممّا خلق فجوة واسعة في أدبيات التربية الخاصة . كما أن هناك شحًا كبيرًا - إن لم نقل انعدامًا - في الدراسات الطوليّة و/ أو المستعرضة التي يتعطّش إليها الممارسون والعياديون . فما أحوجنا إلى مثل هذه الأبحاث التي تمثل عصب ميدان عجز الانتباه وفرطة الحركة وعماده في وقت تتزايد فيه حالات هذا الاضطراب على الدوام .

ويجدر بنا الاعتراف بأنّه حتّى الأبحاث والدراسات الاختصاصيّة العديدة التي تمّت على المستوى العالمي في هذا الميدان ما زالت قاصرة - على الرغم من كثرتها - ولا تفي بالحاجة الملّحة التي يتطلّبها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ذلك أن هذا الميدان واسع المدى ومتعدّد الأشكال والجوانب . وخلاصة القول أننا ما زلنا في مرحلة فهم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ومحاولة وضع بدائل علاجية له . ممّا يسوّغ مدى الحاجة لأبحاث تجريبيّة تثري معرفتنا وتوجّه جهودنا نحو تحقيق الأهداف المرغوبة ، وتجعل التدخلات العلاجيّة أكثر نجاعة .

استنادًا إلى ما سبق ، جاءت فكرة تعريب هذا الكتاب : « اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة : دليل عملي للعياديين » فقد حاز هذا الكتاب على قبول واسع بين أوساط الاختصاصيين والباحثين عالميًا ، كما كان له صدى عظيم لدى المعنيين في هذا المجال . ولمّا كان لهذا الكتاب مكانة خاصة لدى الممارسين والمهتمين في ميدان اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب ارتكازه على

الجانب العملي والتجريبي في طريقة العرض وتطويعه للنظريات ذات الصلة لخدمة هذا الجانب ؛ ارتأينا أن نقدم هذا العمل للقارىء العربي كي يفيد من تجارب الآخرين في اغناء خبراته الخاصة في هذا المجال .

يقع هذا الكتاب في ثلاثة عشر فصلاً موزعّة على ثلاثة أقسام . يبحث القسم الأول ـ والذي يضم ثلاثة فصول ـ في مجال تقويم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك عقب التعريف به والتمهيد له .

أما القسم الثاني ـ والذي يضم سبعة فصول ـ فينطوي على طرق معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال . ويختم الكتاب الحديث بالقسم الثالث والذي يتضمنّ ثلاثة فصول . حيث يتطرّق هذا القسم إلى دراسة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى فئات معينة من الأشخاص ألا وهي : أطفال ما قبل المدرسة ، والمراهقون ، والراشدون .

وبعد ، كل ما نرجوه من تعريب هذا الكتاب هو رفد المكتبة العربية بعمل نتوقعّ أن يقللّ الهوّة التي تسم أدبيات التربية الخاصة في هذا المجال . ويقرّب لنا مفهوم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وأبعاده على أرض الواقع . كما نرجو أن يسد هذا العمل ظمأ العياديين العرب ، ويخففّ من حيرتهم .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

المترجمان

مقدمة

ماهية اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

مقدمة

ماهيّة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يُمثّل الأطفال المصابون بضعف الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية تحدياً من حيث التشخيص والعلاج ، فعجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعيّة سمات سلوكيّة تُميّز العديد من الأطفال بدرجات متفاوتة .

من جانب آخر ، كثيراً ما تغيرت المقومات التي تحدد فيما إذا كانت هذه الأعراض تُسبّب اضطراباً ، حتى أن التغيير طال المفهوم الأساسي لهذا الاضطراب . وتُقدّم الأبحاث المعروضة باقتضاب في هذا الفصل دليلاً دامغاً بأن العوامل العصبيّة - الحيويّة والوراثية تساهم في إحداث بعض الفروقات في هذه السمات لدى الأطفال . غير أن هذا الكتاب يدرس مجموعة مختلفة من العوامل الأخرى المتصلة بالطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع والتي تؤثر في هذه السمات السلوكيّة . فلا يقتصر التحدّي بالنسبة للعياديين الذين يُقيّمون الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة على تحديد فيما إذا كان مستوى عجز الانتباه و / أو فرط الحركة والاندفاعيّة لدى الطفل يفوق كثيراً المستوى الطبيعي للأطفال ممن هم في مثل سنّه (أو مستواه النمائي) ، بل يتعدّى ذلك أيضا إلى الكشف عن العوامل الأخرى المتعلّقة بالطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع، والتي قد تكون مؤثّرة في إحداث هذه الأعراض . فكلّما تعمّق فهم اختصاصي التشخيص لدور هذه العوامل بالنسبة لكل طفل ، كلّما تحسنت مقدرته وثقته في التشخيص والتوصية بالتدخلات العلاجيّة المناسبة للأطفال المصابين بعجز الانتباه و / أو فرط الحركة والاندفاعيّة .

نبذة تاريخية

تنامى الاهتمام الطبي في السلوكات المتصلة بفرط الحركة وعجز الانتباه

على نحو مثير منذ بدايات القرن العشرين . فقد لوحظ في بدايات القرن العشرين وجود مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في الدماغ من مثل الأورام، والأمراض المعدية ، والإصابات المختلفة ، والتي بدورها تؤدي إلى حدوث مشكلات في السلوك والتعلّم . من جانب آخر ، صرّح تردغولد (Tredgold) في عام ١٩٠٨ بأنّه في حالات الإصابة الدماغيّة البسيطة خلال الولادة ، فإن الأعراض الأوليّة قد تتلاشى بسرعة ، لكنّها تعاود الظهور عندما يبدأ الطفل تعليمه المدرسي دالّة على وجود عجز ما . وعلى الرغم من التجاهل الكبير لعبارة تردغولد في الأربعين سنة التالية ، تواصل تنامي الاهتمام في تأثير الإصابة الدماغيّة على السلوك . فقد أُصيب عدد كبير من الأطفال بعدوى الالتهاب الدماغي أو التهاب السحايا (Encephalitis) بين عامي ١٩١٧ - ١٩١٨م، مما لفت الانتباه إلى مشكلات السلوك التي أظهرها عدد كبير من الأطفال عقب الإصابة تلك .

فقد اتسمت اضطرابات السلوك لدى أولئك الأطفال بالتهيج Irritability ، والاندفاعيّة ، وفرط الحركة ، وعدم الاستقرار الوجداني ، والسلوكات العدوانية . وقد أيّدت الدراسات الأخرى التي أُجريت على الأفراد الذين لحقت بهم إصابات دماغيّة شديدة أو الأفراد المصابين باضطرابات دماغية عضوية أخرى إلى الاعتقاد بأن هذه السلوكات ، إضافة إلى مجموعة من المشكلات التعلميّة ، تُميّز الأفراد الذين تلحق بهم إصابات دماغيّة . هذا وقد أعاد شتراوس (Strauss) الاهتمام خلال الأربعينات بنظرية ترغولد . فقد كان شتراوس يدرس الأفراد ذوي الإصابات الدماغيّة ، وخرج بفرضيّة أن كل الأفراد الذين يظهرون هذه المشكلات السلوكيّة أو التعليميّة لابد أنّه قد لحقت بهم إصابات دماغيّة . وقد كان يُشار إلى أولئك الأطفال بأن لديهم « تلف دماغي بسيط » (Minimal brain damage) .

غير أنّه في الستينات تغيّر مصطلح « تلف دماغي بسيط » إلى « خلل

دماغي بسيط » (Minial brain dysfunction) وذلك بعد أن تبيّن وجود العديد من الأفراد يعانون من المشكلات السابقة الذكر دون دليل على أنه قد لحقت بهم إصابات دماغيّة عضوية . إذ يُعرّف الخلل الدماغي البسيط على أنّه اضطراب متغاير أو غير متجانس في خصائصه كان يشمل الأطفال ذوي الصعوبات التعليميّة وكذلك الأطفال المصابين بعجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية . وقد أدّت المحاولات الرامية إلى تقسيم الخلل الدماغي البسيط إلى فئات أصغر تتمتّع بسمات أكثر انسجاماً إلى تمييز ذوي الإعاقات التعليميّة عن ذوي مشكلات الانتباه وفرط الحركة والاندفاعيّة .

وقد تمت مراجعة مسمّى هذا الاضطراب ومقاييسه التشخيصيّة عدّة مرات منذ عام ١٩٦٨م . ففي كتاب « الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقليّة » (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) اعتبر عجز الانتباه والاندفاعيّة عرضين رئيسيين . أما الأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين فكانوا يُشخّصون على أنهم مصابون باضطراب عجز الانتباه (ADD)، والأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين إضافة إلى فرط الحركة فكانوا يشخّصون على أنّهم مصابون باضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط الحركة (ADD - H) . هذا وقد عارض منتقدو هذا الاتجاه هذا التعريف بسبب عدم وجود أدلّة كافية تثبت وجود اضطرابين منفصلين . من هنا ، تمّ الحديث عن اضطراب وحيد في الطبعة الجديدة من الدليل التشخيصي والإحصائي ، وهو اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذي يتسم بقلّة الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعيّة. غير أنّه يبدو أن الأبحاث اللاحقة تدعم فكرة وجود فئة من الأطفال تكمن مشكلتهم الأساسيّة في عجز الانتباه ، واحتمال وجود فئة من الأطفال خصوصاً الأصغر سناً ، تتمثل مشكلتهم الأساسيّة في فرط الحركة والاندفاعيّة. من هنا، فقد قسّم الدليل التشخيصي والإحصائي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى ثلاث فئات :

١ ـ اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذي تغلب عليه قلّة الانتباه .

٢ ـ اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الذي يسُود فيه فرط الحركة والاندفاعيّة .

٣ ـ اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ فئة شاملة (للأطفال المصابين بعجز انتباه وفرط حركة واندفاعية على نحو شديد) .

وعلى الرغم من القبول الواسع لمفهوم الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط الحركة ، يستمر الخلاف المتصل باعتبار هذا الاضطراب اضطرابًا واحدًا ، أو اضطرابات متعددة ، أو ليس اضطرابًا مطلقًا .

معايير تشخيصيّة

يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقًا للمعايير المتضمنّة في الدليل التشخيصي والإحصائي . إذ يُقدّم هذا الدليل خطوطًا إرشاديّة لتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والاضطرابات النمائية ، أو السلوكية ، أو الانفعالية الأخرى وذلك عن طريق عرض قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى الاضطراب ، وكذلك مجموعة من المعايير لتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب ما .

وتتضمّن هذه المعايير ما يلي :

* عدد الأعراض الظاهرة .
* سن الفرد لدى حدوث الأعراض .
* مدّة استمرار الأعراض .
* درجة الخلل الذي تسببه الأعراض .
* دراسة الاحتمالات البديلة المحتملة لتفسير الأعراض .

هذا وقد تمّ إدراج السلوكات الدالة على اضطراب عجز الانتباه وفرط

الحركة في قائمة تشمل تسعة أعراض لعجز الانتباه وقائمة أخرى تشتمل تسعة أعراض لفرط الحركة والاندفاعيّة . وينبغي التحقق من هذه المعايير التسعة في كلا القائمتين أو إحداهما ، حتى يمكن تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إضافة إلى ذلك ، يمكن تشخيص فرد على أنه مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فقط عند استمرار هذه الأعراض لمدة ستّة أشهر على الأقل مسببة خللاً ما في بيئتين أو أكثر (من مثل المنزل أو المجتمع أو المدرسة، أو العمل) .

ويُرجّح أن تتفاوت درجة الخلل عبر البيئات وحتى ضمن البيئة الواحدة وذلك وفقًا لمتطلبات مدّة الانتباه ، وحداثة الحالة ، ومستوى التنظيم أو الإشراف المقدّم. من جانب آخر ، يتوجّب أن يكون الخلل شديداً على نحو يكفي لإحداث خلل في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو الوظيفي . إضافة إلى ذلك ، فإنه يمكن تشخيص الأطفال ذوي الحاجات النمائية الخاصة على أنهم مصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنّه يتوجّب على العيادي أو الاختصاصي دراسة فيما إذا كانت الأعراض غير منسجمة مع المستوى التطوري للفرد وليس مع عمره الزمني .

إذ يعتقد دائمًا أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يبدأ في مرحلة الطفولة . من هنا ، فعلى الرغم من إمكانيّة إجراء التشخيص لأفراد يزيد عمرهم عن سبع سنوات ، فإنه ينبغي أن يتمكّن العيادي من إثبات أن بعضاً من الأعراض المسببّة للخلل كانت موجودة قبل سن السابعة .

ويُقرّ الدليل التشخيصي والإحصائي أيضًا بأن أعراض عجز الانتباه ، وفرط الحركة ، والاندفاعية ، تعتبر محددة ، وأنها قد تحدث في اضطرابات عصبيّة - تطورية أو نفسيّة أخرى . من هنا ، ينبغي على العيادي ألاّ يجري التشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إذا كانت الأعراض مجرد

جزء من اضطراب تطوري عام . من مثل التوحّد (Autism) أو من فصام الشخصيّة (Schizophrenia) أو اضطرابات ذهانيّة Psychotic أخرى . إضافة إلى ذلك ، يعاني العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من اضطرابات انفعاليّة أو نفسية (والتي سيتم بحثها لاحقًا في هذه المقدمة) . على الرغم من ذلك ، لا يتوجب أن يجري العيادي التشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في حالة الاعتقاد بأن اضطرابًا انفعاليًا أو اضطراب القلق والحصر النفسي ، أو أي اضطراب نفسي آخر ، هو المسبب الرئيس لأعراض عجز الانتباه أو فرط الحركة والاندفاعيّة .

إذا انطبقت معايير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على أحد الأفراد، فإن حالة هذا الفرد قد تقع ضمن إحدى الفئات الثلاث ، بناء على عدد الأعراض الموجودة وفقًا للائحة أعراض عجز الانتباه ، وعدد الأعراض الموجودة وفقًا للائحة أعراض فرط الحركة والاندفاعيّة . فإذا ما حقّق الفرد ستة من الأعراض التسعة على الأقل من كلا اللائحتين ، يتم تشخيصه بعد ذلك على أنّه يعاني من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الفئة الشاملة . أما الأفراد الذين حققوا ستة على الأقل من الأعراض التسعة في واحدة فقط من لائحة أعراض عجز الانتباه ، فإنه يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الفئة التي تسودها قلّة الانتباه . أما الأفراد الذين يحقّقون ستة على الأقل من الأعراض التسعة من لائحة أعراض فرط الحركة والاندفاعية ، فإنه يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الفئة التي يسودها فرط الحركة والاندفاعية .

مدى انتشار اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يُقدّر أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يصيب من ٣٪ - ٥٪ من الأطفال ممن هم في سن المدرسة . أما نسبة الإصابة لدى الذكور فهي تقريبًا

أربعة أضعاف نسبة إصابة الإناث . وذلك على الرغم من تفوّق عدد الذكور على عدد الإناث بهامش أكبر في بيئات التحويل في أغلب الأحيان . وتعْزى الزيادة في عدد تحويلات الذكور للمعالجة على الأرجح إلى الزيادة في حدوث اضطرابات السلوك الفوضوي Disruptive behavior disorder والسلوك العدواني Oppositional واضطرابات التصرّف Conduct disorder .

أما نسبة الانتشار لدى المراهقين والراشدين فلا زالت غير محددة تماماً. غير أنّه بسبب الاعتقاد بأن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يبدأ دائماً في مرحلة الطفولة ، فإن دراسات التاريخ التطوري وطبيعة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تُقدّم دليلاً على أرجحيّة انتشاره لدى هاتين الفئتين ، إذ يُقدر أن ما نسبته ٥٠ ٪ - ٧٠ ٪ من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تستمر لديهم الأعراض التشخيصية لهذا الاضطراب عندما يصبحوا مراهقين ، وأن ما نسبته ٨ ٪ - ٣٣ ٪ تستمر لديهم الأعراض إلى سن الرشد . وهناك نسبة أكبر منهم قد تستمر لديها بعض أعراض هذا الاضطراب عندما يصبحون راشدين . هذا الأمر يجعلنا نفترض نسبة انتشار بمعدّل ١,٥ ٪ - ٤٪ لدى المراهقين و ١ ٪ - ٢ ٪ لدى الراشدين .

وقد وجدت الدراسات التي اعتمدت معايير الدليل التشخيصي والإحصائي أنّه من ٢٪ إلى أكثر من ٥ ٪ من الأطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة قد تحققت لديهم المعايير التشخيصيّة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وبإضافة الدليل التشخيصي والإحصائي لفئة فرط الحركة والاندفاعية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فإنه يُرجّح أن يزيد عدد أطفال مرحلة ما قبل سن المدرسة الذين يحققون المعايير التشخيصيّة لهذا الاضطراب .

السمات المصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يعاني الأطفال ذوو اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من صعوبات في

تعديل سلوكهم وتنظيمه استجابة للمتطلبات المتغيّرة لبيئتهم . لذلك ، فهم يواجهون صعوبات في تطوير وتنفيذ خطط لأداء السلوكات الرامية لتحقيق الأهداف (من مثل ارتداء الملابس قبل الذهاب للمدرسة ، وحل الواجبات) . إضافة إلى ذلك ، فحتى عندما يكونون قد تعلّموا خطة أو استراتيجيّة في موقف معين ، فإنهم يواجهون صعوبة في تعلّم استخدام الخطة أو الاستراتيجيّة في مواقف أخرى مشابهة حيث تظهر لديهم صعوبات في إدراك عواقب السلوك ، وفي الإفادة من الأخطاء السابقة . كما أنهم يظهرون ضعفًا في تحمل النشاطات الصعبة أو المحبطة ، ويغلب عليهم مواجهة مشكلة في المواقف التي تتطلب رضى متأخرًا (delayed gratification) من مثل انتظار الفرد لدوره . لذلك يبدو أنهم دائمًا تعوزهم الدافعيّة لكل النشاطات سوى تلك التي توفر لهم تحفيزًا أو إثارة أو تعزيزًا . وتشيع هذه السمات جدًا لدى الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدرجة أن بعض الباحثين افترضوا أن التأخر في تطوّر المقدرة على منع الاستجابات ، وليس قلّة الانتباه ، قد يكون المشكلة الأساسيّة في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

ومن المعروف أن الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أكثر عرضة للمشكلات السلوكية والوجدانية والاجتماعية والأكاديمية الأخرى . ففي كل من بيئتي الرعاية الأساسيّة والطب النفسي ، يتبيّن أن حوالي ٦٧ ٪ من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يواجهون مشكلات كبيرة متعلّقة بالسلوكات السلبيّة والعدائيّة والعصيانيّة نحو الوالدين أو نحو الأفراد المهمين الآخرين . إذ أنّه في أحيان عديدة يكون هؤلاء الأطفال والذين يمكن تشخيص اضطراب المقاومة العدواني لديهم ، سريعي الانفعال ، وكثيرًا ما ينزعون إلى عدم الالتزام بالقوانين ، وإلى الشعور بالغضب أو الضيق بسهولة من قبل الآخرين ، وإلى تحميل الآخرين مسؤوليّة أخطائهم . من جانب آخر ، تُظهر نسبة أقل ـ لكنّها كبيرة أيضا ـ من الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه

وفرط الحركة (٢٠ ٪ - ٣٠ ٪) سلوكات تعدّى على الحقوق الأساسيّة للآخرين (من مثل الاعتداء المتكرّر على الآخرين ، واستعمال الأسلحة ، والقسوة مع الحيوانات) أو سلوكات تخرق الأعراف الاجتماعيّة الرئيسة بالنسبة لسنّهم - (من مثل السرقة واتلاف الممتلكات) .

ويجدر بنا أن نأخذ سلوك هؤلاء الأطفال واضطرابات التصرف لديهم بعين الاعتبار حيث إنهم معرضون كثيراً لخطر الانحراف في مرحلة المراهقة وإلى خطر السلوك الإجرامي أو المعادي للمجتمع في مرحلة الرشد .

عادة ما تسهل ملاحظة أعراض اضطرابات السلوك الفوضوي - والتي يشار إليها أحياناً بمصطلح اضطرابات السلوك الخارجي - أو الظاهري - لدى الأطفال المصابين بضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . أما الاضطرابات الداخلية ، أو الانفعاليّة ، من مثل القلق أو الحصر النفسي أو اضطرابات الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة ، فغالباً ما يتم إغفالها . من هنا ، يعتبر الكشف عن الحصر النفسي واضطراب الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة (انظر الفصل الثالث) عنصراً مهماً في تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وذلك لسببين . يتمثل السبب الأول في أن العديد من الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مصابون أيضاً باضطراب الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة أو الحصر النفسي . ويُقدّر الباحثون أن ٢٠٪ - ٣٠٪ من الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعانون أيضاً من اضطراب التوتر أو الحصر النفسي . أما التقديرات بالنسبة لاضطرابات الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة فتتفاوت على نحو أكبر ، إذ تتراوح بين ١٠ ٪ إلى أكثر من ٤٠٪ من الأفراد المصابين بعجز الانتباه وفرط الحركة . فقد تدعو الحاجة في مثل هذه الحالات لعلاج كلّ من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطراب الحصر النفسي أو الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة ، وذلك من أجل تحسين المخرجات . أما السبب الثاني فيكمن في أن اضطراب القلق أو الحصر النفسي والطبيعة المزاجيّة / أو الكآبة قد يكون هو السبب الرئيس لقلة الانتباه أو لعدم الدافعيّة أو لشرود الذهن لدى

هؤلاء الأطفال ، وليس اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وهذا الأمر له أهميّة خاصة في حالة إبلاغ المراهقين والراشدين عن ظهور صعوبات جديدة عند إتمام المهمات أو اتباع التعليمات . إذ يرجّح ظهور اضطرابات المزاج أو الكآبة والقلق أو الحصر النفسي في مثل هذا السن ، وليس بسبب اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد يصعب على العيادي أو اختصاصي التشخيص تحديد فيما إذا كان اضطراب الطبيعة المزاجيّة أو الكآبة أو القلق والحصر النفسي موجوداً إلى جانب اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو فيما إذا كان هو المسبّب لأعراض قلّة الانتباه أو الاندفاعيّة أو فرط الحركة . (ستتم مناقشة ذلك بتفصيل أكثر في الفصل الثاني) .

وقد تُسبّب الصعوبات التعلميّة أعراضاً تشبه أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وفي حالات أخرى ، قد تصاحب هذه الصعوبات التعلميّة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد يبدو الأطفال ذوو الصعوبات التعليميّة الذين لا يستوعبون مهمتهم الصفيّة غير منتبهين أو أنهم قد يفتقرون إلى الدافعيّة بسبب فشلهم المتكرر . من هنا ، فقد تكون استجابتهم لهذا الموقف عن طريق إزعاج الأطفال الآخرين ، أو الميل إلى الهزل في العديد من الأحيان ، أو إعطاء إجابات ظريفة خلال الحصة الدراسيّة كطريقة لتجنّب القيام بالمهمة . إذ يُفضل هؤلاء الأطفال أن يعتبرهم أقرانهم « مهرجي الفصل » على أن يُنظر إليهم كأغبياء . ويقدّر أن ٢٥ ٪ أو ما يزيد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعانون أيضا من صعوبة تعلميّة . ويكون موقف العيادي أو الاختصاصي صعباً أيضا في هذه الحالة . إذ يتوجّب عليه أن يُقرّر فيما إذا كانت الأعراض التي تشبه اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مردها الصعوبة التعلميّة أو اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المصحوب بصعوبة تعلميّة (انظر الفصل الثالث من أجل مزيد من التفاصيل)

وقد يكون تأثير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على علاقات الأقران بالطفل أحد أكثر الجوانب المسببة للعجز . إذ يعجز بعض الأطفال المصابين

باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن فهم الإيحاءات الاجتماعيّة المعبّر عنها شفويًا أو من خلال الإشارات اللغويّة ، أو المعبر عنها على نحو غير كلامي من خلال التعبيرات الوجهيّة والحركات الجسميّة . كما يبدو هؤلاء الأطفال خرقاء اجتماعيًا .

من جانب آخر ، قد يُعطّل ارتفاع مستوى النشاط والضوضاء المصاحبة المواقف الاجتماعيّة بالنسبة لأطفال آخرين . وقد يُفضي عجز الانتباه إلى ضعف الأداء خلال الألعاب أو النشاطات المنظمة . وقد تقودهم الاندفاعيّة إلى المقاطعة أثناء حديث الآخرين أو إلى إقحام أنفسهم في الألعاب ، مما يجعلهم أكثر ميلاً نحو إظهار سلوكات عدائية أو إلى سرعة انفعالهم لدى المرور بمواقف محبطة أو ظهور نزاعات . بناءً على ذلك تساهم كل هذه العوامل في رفض الأقران المتكرّر للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة»

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة : تشخيص سلوكي

يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تشخيصًا سلوكيًا . ففي حين أن الاختبار الطبّي والاختبارات النفسيّة تعتبر ضرورية لتقييم إمكانيّة وجود تشخيصات بديلة أو مصاحبة ، فلا تتوافر هناك اختبارات طبية أو نتائج فحوصات جسمية ، أو اختبارات نفسية أو اختبارات نفسية عصبية مخصصة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة (انظر الفصول ١ - ٣) . ولذلك يتطلب تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على الاختصاصيين إصدار أحكام تتعلق بمسألة هل السلوكات التي يعتقد بأنها مؤشر على عجز الانتباه أو فرط الحركة أو الاندفاعية تحدث في أحوال كثيرة ولدرجة لا تنسجم مع مستوى الطفل النمائي أو التطوري ؟. ولإن العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الخركة لا تظهر عليهم الأعراض داخل عيادة الاختصاصي أو العيادي (خصوصًا إذا كانت زياراتهم قصيرة)، فإنه ينبغي على الاختصاصي أو العيادي أن يعتمد على تقارير الآخرين فيما يتصل بسلوك الطفل من أجل

اتخاذ هذه القرارات . ومن الأفضل الحصول على هذه التقارير من أكثر من مصدر واحد حيث إنّه قد يتأثر مصدر معين بالمتطلبات أو التوقعات غير المناسبة المتعلقة بالطفل و / أو بمحدودية عينات سلوك الطفل المأخوذة في بيئات مختلفة.

عادة ما يُلجأ إلى إجراء مقابلات و / أو إلى مقاييس التقدير لجمع هذه المعلومات السلوكية . إذ تتيح المقابلات للاختصاصي الحصول على وصف لطبيعة سلوكات محددة وتكرار حدوثها ، وكذلك شدتها ومدتها . وتتيح له أيضا تحديد فيما إذا كان ذلك الوصف غير منسجم مع المستوى التطوري للطفل . من جانب آخر ، فإن مقابلة مقدمي معلومات متعددين قد تستغرق الكثير من الوقت . من هنا ، غالباً ما تستخدم مقاييس التقدير كآلية فعالة للحصول على المعلومات من مقدمي معلومات متعددين . وقد تكون هذه المقاييس أيضا مفيدة في معرفة شدة الأعراض الظاهرة على الطفل من أجل مقارنة النتائج مع النسب الطبيعية. غير أنه لدى تحليل نتائج مقياس تقدير معين أُجري لطفل محدد ، ينبغي أن يدرك الاختصاصي أن النتائج تُمثل فقط وجهات نظر تقديرية لمقدم المعلومات فيما يتعلق بسلوك الطفل ، فتكون بالتالي معرضة للتأثيرات المذكورة آنفًا .

قيود الدليل التشخيصي والإحصائي

يدرك الاختصاصيون الذين يستخدمون الدليل التشخيصي والإحصائي لمساعدتهم في تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وجود عدد من القيود في نظامه التشخيصي . فعدد الأعراض المطلوبة لإجراء تشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لا يتوازن مع شدة كل من هذه الأعراض أو مع سن الفرد المراد تقييمه . من هنا ، فقد لا يحقق فرد أكبر سنًا يعاني من أعراض شديدة وقليلة العدد المعايير التشخيصية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، في حين أن طفلاً أصغر سنًا يعاني من أعراض أقل شدة وأكثر عددًا

قد يحقق هذه المعايير، وذلك على الرغم من أن الفرد الأول قد يعاني من إعاقة وظيفية أكبر . فبالنسبة للفرد ذي الأعراض الشديدة قليلة العدد ، فإنه يمكن اللجوء إلى تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غير المحقق للمعايير الموضوعة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي ؛ غير أن هذا الدليل لا يتضمن معايير لوقت إجراء التشخيص . على الرغم من ذلك ، بالنسبة للأفراد ذوي الأعراض الشديدة ، أو الأقل شدة لكنها قليلة العدد والتي تسبب إعاقة فيتم إحضارهم إلى اختصاصيي الرعاية الأولية ، أو اختصاصيي الصحة النفسية الآخرين من أجل تقديم العون .

أما معيار وجوب حدوث الأعراض في بيئتين على الأقل ووجودها قبل سن السابعة ، فقد يسبب ذلك مشكلة . من هنا ، فإن المعيار المتضمن لبيئات متعددة يعتبر مفيداً ، حيث إنه يضمن دراسة للاختصاصي لدور التفاوت في العوامل البيئية عبر البيئات في التعبير عن أعراض الطفل . من جانب آخر ، لا يتيح ذلك للاختصاصي تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للأطفال الذين قد يواجهون صعوبات كبيرة في تلبية متطلبات الانتباه خلال الحصص الدراسية وليس في البيت .

وعلى نحو مشابه ، يعتبر المعيار المتعلّق بوجوب وجود الأعراض قبل سن السابعة مفيد في بيان أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة نادراً ما يكون التشخيص الصحيح في حالة حدوث قلة الانتباه أو فرط الحركة أو الاندفاعية للمرة الأولى خلال مرحلة المراهقة أو الرشد (انظر الفصلين ١٣ و ١٤) . من جانب آخر ، لا يتوافر هناك دليل قوي على اعتبار سن السابعة حداً سليماً . إذ أن هذا المعيار قد يسبب مشكلة في استبعاده للأطفال الذين تولّد مدد الانتباه المحدودة لديهم صعوبات مع تزايد المتطلبات الأكاديمية لإدامة الانتباه والتنظيم والعمل والإنتاجية خلال - على سبيل المثال - سنوات المرحلة الإعدادية العليا .

استجابة لهذه الجوانب المتصلة بتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط

الحركة والجوانب الأخرى المتعلقة بتشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي، فقد تضافرت جهود الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (American Academy of Pediatrics) والرابطة الأمريكية لطب الأمراض العقلية (American Psychiatric Association) لإصدار كتاب « تصنيف الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين في الرعاية الأولية : دليل تشخيصي وإحصائي للرعاية الأولية » .

The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care : Diagnostic and Stastical Mental for Primary Care .

ويقسم هذا الدليل مجموعات الأعراض إلى ثلاث فئات :

١ ـ تفاوتات نمائية أو تطورية .

٢ ـ مشكلات .

٣ ـ اضطرابات .

بالنسبة لأعراض عجز الانتباه وفرط الحركة ، والاندفاعية ؛ يدرك نظام التصنيف هذا بأن الوالد أو المدرس قد يبلغ عن هذه الأعراض عندما يكون مستوى عجز الانتباه و / أو فرط الحركة و الاندفاعية لدى الطفل ضمن المعدل الطبيعي . غير أن التفاعل بين عوامل الضغط البيئية والمتعلقة بمقدم الرعاية من جهة، وسمات الطفل من جهة أخرى، هو الذي يولد القلق لدى الوالد أو المدرس. وقد يواجه الأطفال في حالات أخرى مشكلات متعلقة بقلة الانتباه و/أو فرط الحركة والاندفاعية نتيجة للأسباب الآنفة الذكر ، لكنها لا تحقق معايير الدليل التشخيصي والإحصائي المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أنها تتطلب معالجة في الوقت ذاته . ويوصف هؤلاء الأطفال على أنهم أطفال لديهم « مشكلة » تتصل بقلة الانتباه أو فرط الحركة والاندفاعية . أما الأطفال الذين تحقق الأعراض لديهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فيتم وصفهم بأن لديهم «اضطراب» . من

هنا ، يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للطفولة والمراهقة (DSM - PC) إرشادات تتباين وفقًا لسن الطفل من أجل مساعدة الاختصاصيين للتمييز بين التفاوتات النمائية أو التطورية والمشكلات أو الاضطرابات .

(أسباب اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة) :

أبرزت المقدمة السابقة بعضًا من الصعوبات والخلافات المتعلقة بإجراء تشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وربما يتمثل أكبر خلاف فيما يتصل باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في مسألة اعتباره اضطراب أصلاً أم لا . وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر ، فإن معظمها يتضمن إحدى الفرضيات الثلاث التالية أو خليطًا منها :

أولاً : يُمثل اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عدداً معينًا أو عدداً محدداً من الاضطرابات الحيوية المتعلقة بوظائف الدماغ . وتتمتع هذه الفرضية بوجود جذور تاريخية قوية لاعتبار اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مؤشراً على الخلل الدماغي البسيط . وما زالت هذه الفرضية تحفز إجراء بحوث في الجانب الوراثي والعصبي الحيوي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

ثانيًا : تُمثل أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة نسيجًا مشتركًا للعديد من الأنواع المختلفة للخلل الدماغي ، ومن هنا ، يتوجب على الاختصاصيين التركيز على الخلل الأساسي ، وألا يكتفوا بالتشخيص المتعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويُشبّه المؤيدون لهذه الفرضية أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بأعراض الالتهاب ، فإذا تم قبول الالتهاب كتشخيص ، فإن ذلك سيحد من فهم العديد من الاضطرابات التي تسبب الالتهاب.

ثالثًا : يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أساسًا تشخيصيًا بُعديًا (Dimensional) وليس تشخيصًا تصنيفيًا (Categorical) . إذ يعتقد مؤيدو

هذه الفرضية أن مدة الانتباه ومستوى النشاط والمقدرة على ضبط الدوافع الذاتية كلها سمات طبيعية للفرد . ومن الطبيعي أن تكون متباينة بين الأفراد (من مثل الطول والذكاء) . ووفقًا لوجهة النظر هذه ؛ فإن العديد من الأطفال الذين تم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم يكون من الأفضل القول بأن لديهم « تفاوتات تطورية طبيعية » أو « مشكلات تطورية طبيعية » - كما سماها الدليل التشخيصي والإحصائي للأطفال والمراهقين - في انتباههم ونشاطهم واندفاعيتهم . من جانب آخر ، يرفض مؤيدو هذه الفرضية الاعتقاد بأن معظم الأفراد الذين تم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم يعانون من اضطراب في وظيفة الدماغ ، مشيرين إلى أن التمييز بين الأفراد الطبيعيين والأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غالبًا ما يكون اعتباطيًا أو إحصائيًا (الأفراد الذين يعانون من عدد معين من الانحرافات المعيارية تقع فوق المتوسط) . هذا الأمر يجعلهم يعتقدون بأنه في معظم الحالات يكون التوافق الضعيف بين طبيعة الفرد والمتطلبات البيئية هو السبب الرئيس للمشكلة .

ليس هناك خلاف بأن الأفراد الذين يتعرضون لإصابات دماغية غالبًا ما تظهر عليهم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إضافة إلى ذلك، تم إثبات أن العديد من الاضطرابات المسلّم بتأثيرها على نمو الدماغ تجعل الأفراد أكثر عرضة للإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومن الأمثلة على هذه الاضطرابات نقص الرصاص قبل الولادة Prenatal Lead . أو تعاطي الكحول ، وعدم اكتمال النمو ، والالتهاب الدماغي ، والسحايا ، والاختلالات الأيضيّة الوراثية ، والعديد من المتلازمات الوراثية ، بما فيها تورّم الألياف العصبية (Neurofibromatosis) ، ومتلازمة كلاينفلتر(elter Felter Syndrome) ومتلازمة تيرنر (Turner Syndrome)، ومتلازمة وليامز (Williams Syndrome). غير أن معظم الأطفال الذين تم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

لديهم لم يتعرّضوا لإصابة دماغية أو اضطراب معروف يؤثر في نمو الدماغ لديهم .

تركّز البحث عن عوامل مسببة مسؤولة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأفراد المصابين بأحد هذه الاضطرابات على أربعة مجالات :

١ ـ الدراسات المتعلّقة بالناقلات العصبية .

٢ ـ الدراسات العصبية النفسية .

٣ ـ دراسات التصوير العصبي البنائي أو الوظيفي .

٤ ـ الدراسات المتعلقة بالوراثة .

وتتضمن الدراسات التي تجرى على الحيوانات الناقلات العصبية الكتكمينية (Catecholamines) ـ أي الدوبامين (Dopamine) والنور إبنفرن (NorePinephrine) ـ وذلك في مجموعة من السلوكات المتصلة بفدة الانتباه والاندفاعية . إضافة إلى ذلك ، تزيد معظم العقاقير الفعّالة في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وهي المنبهات ومضادات الاكتئاب ثلاثية التركيب الجزيئي (Tricyclic antidepressants) ، ومانعات تأكسد المونو أمين Monamine oxidase inhibitors من نقل الدوبامين والنورإبنفرن في الدماغ وعلى الرغم من هذه الحقائق ، لم تستطع الدراسات التي تقيس مستوى الناقلات العصبية الكتيكمينية أو مؤيضاتها في الدم أو البول أو السائل المخي الشوكي (Cerebrosphnal Fluid) إثبات وجود فروقات على نحو متسق بين الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والأفراد غير المصابين به . ومما يُعقد تفسير هذه النتائج هو أن مقادير الكتيكيمينات في الدم أو البول أو السائل المخي الشوكي قد لا تعكس ما الذي يتم فعلاً في نقاط الاشتباك العصبيّة (Synapses) في الدماغ . على سبيل المثال ، فقد بينت الأبحاث أن الخلايا العصبية في مناطق معينة من الدماغ تمتلك مستقبلات عصبية تلقائية (Autoreceptors) للدوبامين ، في حين لا تمتلك ذلك خلايا عصبية موجودة في

مناطق أخرى . من هنا ، فعندما يرتبط الدوبامين بهذه المستقبلات العصبية التلقائية المانعة ، يتم منع إفراز المزيد من الدوبامين من الخليّة العصبية . وقد قاد ذلك بعض الباحثين إلى الافتراض أنه في حين أن المنبهات قد تزيد من إفراز الدوبامين في مناطق من الدماغ لا تحتوي على مستقبلات تلقائية مانعة ، فقد يسهم التأثير العلاجي الأساسي للمنبهات في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في منع إفراز الدوبامين في مناطق الدماغ التي تحتوي على مستقبلات تلقائية مانعة . وليس واضحاً فيما إذا كانت هناك فروقات في مستويات الناقلات العصبية الكتيكمينية في أدمغة الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وغير المصابين به . أما الفرضية التي تعتقد بزيادة هذه الناقلات أو نقصانها فهي على الأرجح بسيطة و سطحية ، حيث إنها لا تعلل وجود تباينات في كيفية عمل الناقلات العصبية في الدماغ .

وقد بينت الدراسات العصبية النفسية للحيوانات والأشخاص ذوي الإصابات الدماغية في مناطق محددة من الدماغ أن من يعانون من إصابات في الفص الجبهي (Frontal lobe) - خصوصاً في المنطقة الأمامية الجبهية من قشرة الدماغ Prefrontal contex - يرجح وجود إعاقات لديهم في الوظائف التنفيذية ؛ من مثل التنظيم ، والتخطيط ، والتصنيف ، والمراقبة الذاتية ، وكذلك إدامة اليقظة Vigilance ومنع الاستجابة . وقد أدت التشابهات بين هذه المشكلات ومشكلات الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى افتراض أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يمثل شكلاً من أشكال الخلل الوظيفي للفص الجبهي ، إذ وجدت الدراسات المستخدمة للاختبارات العصبية النفسية والتي تقيّم عمل الفص الجبهي في المنع السلوكي Behavioral Inhibition أن أداء الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يكون أضعف من أداء الأفراد غير المصابين به . وتتطلب هذه الاختبارات من الأفراد الاستجابة إلى مثير واحد دون الاستجابة لمثير مشابه . أو منافس . فعلى سبيل

المثال ، عادة ما يواجه الأفراد ذوو اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة صعوبات في اختبار ستروب للألوان (Stroop Color - Word Test) والذي يطلب منهم ذكْر لون الحبر (أحمر ، أو أخضر ، أو أزرق) لمسمّى اللون المطبوع في حالة كون مسمّى اللون مختلفاً عن لون الحبر ، من جانب آخر ، لا تخلص الاختبارات العصبية النفسية والتي تقيم الوظائف الأخرى للفص الجبهي، من مثل معلومات التخطيط والتنظيم ، دائماً إلى إيجاد مواطن عجز لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك على الرغم من صعوبة هذه المهمات ـ في الغالب ـ بالنسبة لهؤلاء الأفراد بناء على ما تمت ملاحظته عيادياً. وليس واضحاً فيما إذا كان ذلك يدل على أن الاختبارات تعوزها الحساسية نحو العيوب الدقيقة في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو على أن المشكلات المتعلقة بالتخطيط والتنظيم تتصل بحالات أو عوامل مرضيّة مصاحبة أخرى من غير تلك المتعلقة بوظيفة الفص الجبهي .

وتشير الاختبارات العصبية النفسية أيضا إلى وجود عناصر مختلفة للانتباه توفق بينها مناطق مختلفة من الدماغ . مثلاً ، يبدو أن القرار المتصل بأهلية حدث ما للانتباه هو وظيفة الفص الجداري (Parietal lobe) . في حين أن الفصوص الجبهية لها علاقة أكبر في تطوير خطة لكيفية الاستجابة للحدث ، وتميز هذه الأنواع من الدراسات أيضا المقدرة على الاستمرار في العمل على مهمات طويلة ومكررة ـ إدامة الانتباه ـ عن المقدرة على التركيز المجهد على مهمة تركيز الانتباه . فما زالت هذه الدراسات والنتائج تمثل ميداناً خاصاً يلقى اهتماماً لدى دراسة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب الاعتقاد بأن الأفراد المصابين بالنوع الشامل من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعانون من عجز حاد في إدامة الانتباه ، في حين أن الأفراد المصابين بالنوع الذي تغلب فيه قلّة الانتباه من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد يعانون من عجز حاد في تركيز الانتباه .

يعتبر تصوير الدماغ وسيلة أخرى استخدمت لدراسة مناطق في الدماغ قد

تكون متأثرة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ففي حين أن المسوحات التي تتم من خلال التصوير المعياري بالرنين المغناطيسي (MRI) للدماغ لا تبين العيوب البنائية لدى الأفراد ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد كشفت الدراسات التجريبية التي تستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) لقياس مقدار المناطق الدماغية المعينة عن وجود فروقات دقيقة بين أدمغة الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وغير المصابين به . مثلاً، فقد وجد أن عدم التماثل الطبيعي بين الجزء الأمامي من فصي الدماغ الأيسر والأيمن ، وأوسط العقد العصبية الدماغية السفلية (Caudate nucleus) اليمنى واليسرى لا يتوافر لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. من جانب آخر ، فليس من الواضح فيما كانت هذه النتائج محصورة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، حيث إنّه تمّ الحصول على نتائج مشابهة في العمه القرائي (Dyslexia) . وعلى نحو مماثل ، وجدت فروقات في حجم الجسم الجاسئ (Corpus callosum) موحية بإمكانية وجود تبادل في التواصل بين فصي الدماغ .

وقد تم أيضا استخدام تقنية التصوير الوظيفي للبحث في مسببات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . تُوظّف هذه التقنية التصوير المعياري بالرنين المغناطيسي أو المسح الطبقي عن طريق انبعاث البوزترون nission Enission Tomogrably (PET) . وقد وجدت الدراسات عموماً أن الأفراد الذي يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يتناقص لديهم تأيض الجلوكوز في الفصوص الجبهيّة (Frontal) والجدارية (parietal) أو الصدغية (Temporal) من القشرة الدماغية ، وكذلك في الأجزاء الواقعة تحت القشرة الدماغية من مثل العقد العصبية السفلية (Basal ganglia) والمهاد البصري (Thalamus) . وفي حين أن هذه الدراسات توفر أقوى الأدلة عن وجود فروقات في وظيفة مناطق معينة في الدماغ لدى الأفراد المصابين

باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فما تزال هناك تباينات كبيرة بين نتائج هذه الدراسات . من جانب آخر ، هناك تقارب بين نتائج الدراسات العصبية النفسيّة والدراسات المتصلة بالتصوير الوظيفي للدماغ . وتشير هذه الدراسات إلى أهمية أجزاء من الفص الجبهي وربما الفص الجداري في إحداث اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أن هذه الدراسات تبين أيضا مدى تعقيد الوظائف الدماغية من مثل الانتباه والصعوبات المتعلقة بمحاولة التعرف على مناطق دماغية مصابة محددة لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

يتمثل الاتجاه الآخر لمحاولة فهم مسببات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في دراسة الجانب الوراثي لهذا الاضطراب . من هنا ، تقدم الدراسات التي تُجرى على التوائم والإخوان والأسر والأبناء بالتبني دليلاً على أهمية العوامل الوراثية في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد وجد تماثل في تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في ٥٩ ٪ ـ ٨١ ٪ من التوائم المتطابقة (Monozygotic) مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتطابقة (Dizygotic) متشابهة الجنس . وعلى نحو مماثل لنتائج التوائم غير المتطابقة ، وجدت الدراسات التي أجريت على الأقرباء من الدرجة الأولى (الإخوان والأبوين) للأفراد ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أن حوالي ٢٥ ٪ من هؤلاء الأقرباء يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم مقارنة مع ٤ ٪ ـ ٨ ٪ فقط من أقرباء الأفراد غير المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويعتبر الأقرباء بالتبني للأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أقل عرضة للإصابة بهذا الاضطراب من أقرباء الدم أو الأقرباء البيولوجيين لهؤلاء الأفراد . لذلك ، تقدم هذه الدراسات ككل برهانًا مقنعًا على أهمية العامل الوراثي في حدوث اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنه لم يتم الكشف عن أي جين أو ـ على الأرجح ـ جينات

محددة تكون مسؤولة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وما زالت المحاولات جارية للكشف عن مثل هذه الجينات (انظر القسم الثالث) .

الخلاصة

يظل الجدل والبحث في مسببات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يحفز الدراسات التي تسهم بدورها في زيادة الفهم للتفاعل فيما بين علم الوراثة ، وعلم الأعصاب ، والسلوك البشري . وعلى الرغم من حداثة عهد هذه الأبحاث ، فقد كشفت عن مجموعة من الإصابات الدماغية وبعض العوامل الوراثية المجهولة التي تسبب أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومن الواضح عياديًا أيضا أنه قد يكون من الأفضل اعتبار بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بأن لديهم « تباين تطوري » وفقًا للدليل الإحصائي والتشخيص للأطفال والمراهقين ، أو أن لديهم مشكلة قد لا تكون دالة على وجود خلل وظيفي في الدماغ . إضافة إلى ذلك ، فإن مصطلح الانتباه هو تركيب يفوق تعقيده قدرة المفهوم الحالي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على تفسيره . من جانب آخر ، فقد لا يكمن الموطن الأساسي للخلل الوظيفي في قصر مدة الانتباه لدى بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وفي حين يحدونا الأمل بأن زيادة فهم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة سيفضي إلى نظام تشخيصي يعكس على نحو أكثر وضوحًا العوامل المسببة ويفيد في العلاج ، فإن تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ سواء أكان نوعًا محددًا منه أو حتى مشكلة ما في الانتباه أو فرط الحركة أو الاندفاعية ـ لا ينطوي على توفير أي علاج محدد . على العكس ، ينبغي أن تؤدي العملية التشخيصية بالاختصاصي إلى فهم مواطن القوة والعجز النسبية للطفل وأسرته وبيئته ، إذ أن هذا الفهم سيمكن الاختصاصي ويساعده على إرشاد الأسرة إلى التدخلات السلوكيّة والتربوية .

أ ـ تقييم اضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة

إن أفضل تعريف لتقييم اضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة هو أنّه تقييم شامل لصعوبات الطفل في التعلم والسلوك ، وسوف يعتمد ذلك على الأرجح على عمر الطفل . فمن المرجح جداً أن يُظهر أطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة علامات الحركة الزائدة وعدم الالتزام و / أو العدوانية . من جانب آخر، يغلب على الأطفال في سن المدرسة المعاناة من مشكلات متعددة :

* قصر مدة الإنتباه .
* الفشل في اتمام الأعمال المدرسية .
* مواجهة مشكلة في اتبّاع التعليمات .
* عدم الالتزام بالقوانين .
* المزاجية Moodineos .
* الرفض من قبل الأقران .
* ضعف التحصيل الدراسي .
* تدني الاعتداد بالذات .

ليس من الشائع أن يظهر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بداية في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد المبكرة ، لكنه وإن ظهر فإنه سيكون على نحو بسيط خصوصاً لدى الطلبة الأذكياء الذين استطاعوا المحافظة على مستواهم الأكاديمي في الصفوف السابقة ، وخصوصاً لدى الإناث الأقل فوضوية في سلوكهن ، أو لدى أولئك الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الفئة التي تسودها قلّة الانتباه .

وحتى تتم تأدية تقييم شامل لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، يتوجب على الاختصاصي أن يحقق ثلاثة أهداف شاملة :

١ ـ يأخذ بالاعتبار الصفات التشخيصية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة.

٢ - يستبعد الصفات التشخيصية لاضطراب آخر قد يتشابه مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

٣ - تحديد وجود مشكلات أو اضطرابات مصاحبة تؤثر في الصورة العيادية الكلية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وتحتاج إلى معالجة .

يتم عموماً أخذ الصفات التشخيصية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بعين الاعتبار عندما تُحقق مقابلة الوالد المعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، وكذلك عندما تؤيد تقارير الوالدين والمدرسين ذلك أيضا وفقًا لمقاييس التقدير . هذا ويمكن الحصول على المعايير التشخيصية المعينة المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عبر الأسئلة غير الرسمية الموجهة للوالدين أو عبر اللجوء إلى إجراء مقابلة منظمة معهم .

يشير مبدأ الاستبعاد في عملية التقييم إلى التأكد من عدم معاناة الطفل من اضطراب آخر يسبب أعراضاً تماثل أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتشمل هذه الأعراض الحالات الطبية / العصبية ، أو الاضطرابات النمائية والتطورية / التعلميّة الأخرى ، أو الاضطرابات الطبية النفسية غير المعالجة (انظر الفصل الأول) . وفي العديد من الحالات تتصاحب أعراض اضطراب آخر في الوجود مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أكثر من وجودها بمعزل عنه .

ففي حالة الاضطرابات الطبية ، فمن الحكمة تأخير تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الكشف عن اضطراب مصاحب لم تتم معالجته (من مثل التسمم الدرقي Thyrotoxicosis) أو عندما تكون أعراض سلوكية جزءًا من حالة انحلال عصبي (من مثل عدم إشباع الكريات البيضاء الكظري Adrenolekody Strophy) من جانب آخر ، ليس من الحكمة تأخير التشخيص لدى اكتشاف حالة طبية أو عصبية علاجها متعذر (من مثل التسمم الرصاصي Lead Intoxication طويل الأمد، أو متلازمة الكحول الجنيني (Fetal Alcohol)،

أو متلازمة ضعف كروموسوم إكس (Fragile X) ، أو متلازمة تورت (Tourette Syndrome)) . ويوصى بعدم تأخير التشخيص هنا حتى لو كانت إحدى هذه الحالات هي المسبب الممكن لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة / أو حتى في حالة تمت معالجتها بفاعليّة (من مثل حالة الإعاقة السمعيّة أو البصرية ، أو اضطراب الصرع) . وقد يرغب الاختصاصي أو العيادي في تأخير تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى وجود اضطراب طبي نفسي أو صعوبة تعلميّة أيضا دون معالجة . أما في حالة دوام أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وذلك على الرغم من المعالجة الكافية للصعوبة التعلمية أو الاضطراب الطبي النفسي ، فإن ذلك يشير إلى أهمية أخذ الاضطرابين بعين الاعتبار في آن واحد .

قد يتردد العياديون في إجراء تشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عندما تكون البيئة النفساجتماعية مشوشة أو غير مناسبة بطريقة ما ، ففي حين قد يكون لمثل هذه البيئة تأثير سلبي على أداء أي طفل فإن وجود طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد يكون له أيضا تأثير سلبي على استقرار الأسرة . من هنا ، فإن معالجة المشكلات يعتبر أكثر أهمية من إجراء تشخيص في مرحلة زمنية ما . إذ يعتقد العياديون المشرفون على حالات معقدة أن التقييم غالباً ما يكون عملية مستمرة تتخللّها المعالجة وليس حدثاً محدوداً زمنياً يسبق أي تدخل علاجي على نحو منسجم .

يتضمن التقييم عموماً سيرة مرضية شاملة (طبياً وسلوكياً وتطورياً وتربوياً واجتماعياً ووراثياً) ، وفحصاً جسمياً (عاماً وعصبياً) ، ومجموعة من السير السلوكية من مصادر متعددة باستخدام المقابلات ومقاييس التقدير ، وتقييماً مباشراً لسلوك الطفل وتعلّمه . وينبغي اتخاذ القرار المتعلق بماهية الاختصاصي الذي سيجري أجزاء معينة من التقييم على نحو فردي ، بحيث يظل للعيادي الأولي دوراً رئيسياً .

يقوم الفرد الذي لجأ إليه الوالدان من أجل التقييم - والذي غالباً ما يكون العيادي الأولي الطبي أو ربما اختصاصي غير طبي - بمساعدة الطفل في مشكلات ذات علاقة من مثل تنسيق عملية التقييم ، بحيث يجري جزءاً من عملية التقييم الذي يقع ضمن مجال خبرته ويستقصي معلومات إضافية من آخرين . وعادة ما يكون ترتيب الأحداث كما يلي : يقوم العيادي الأولي الطبي بإعداد السيرة المرضيّة للحالة وذلك عن طريق الفحص الجسمي ، بعد ذلك ، يقوم الاختصاصي النفسي في المدرسة أو اختصاصي نفسي خاص بإجراء التقييم النفستربوي Psychoeducational . وقد يستخدم أحدهما أو كلاهما مقاييس التقدير وإجراءات تشخيصية أخرى للتعامل مع الاضطرابات الداخلية والخارجية المصاحبة . ويستطيع المعالج تقديم معلومات مستمرة ذات صلة بوجود اضطرابات مصاحبة أيضا . وقد تدعو الحاجة لاستدعاء اختصاصيين طبيين ، من مثل الاختصاصي الطبي النفسي للأطفال ، أو اختصاصي الأعصاب ، أو اختصاصي طب الأطفال التطوري / السلوكي ، أو فريق مكون من البرامج متعددة الاختصاصات ؛ وذلك لإجراء جزء من التقييم أو كله في حالة اكتشاف المنسق لتعقيدات محددة . من هنا ، تقوم الفصول التالية إرشادات منظمة ومقتضبة لأقسام التقييم التي يرتئي العيادي المنسق إجراءها. وتكشف هذه الفصول أيضا عن الأنواع المحددة من التقييمات التي سينشدها العيادي من الآخرين .

الفصل الأول

السيرة المرضية والكشف أو الفحص الجسمي

الفصل الأول
السيرة المرضية
والكشف أو الفحص الجسمي

تعتبر السيرة المرضية التفصيلية للطفل الذي يحتمل أنه يعاني من اضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة الركيزة الأساسية للتقييم الذي يقوم به العيادي . إذ أنه قد يعد برهانًا أصيلاً يثبت وجود ـ أو عدم وجود ـ اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطرابات أخرى . إضافة إلى ذلك ، قد تكشف هذه السيرة المرضية التفصيلية عن جوانب تستحق مزيداً من البحث و / أو المعالجة . وهو تحوي شرحاً للمشكلات الرئيسة وتطورها التاريخي . ويشتمل كذلك على بيان تاريخي طبي كامل يعرض للمرحلتين القبلية والبينية للولادة والطفولة والنمو. إضافة إلى ذلك ، تتضمن السيرة عرضاً لتاريخ السلوك وعرضاً لتاريخ التعليم ، واستعراضاً للأنظمة وتاريخ الأسرة والتاريخ الاجتماعي . هذا ويمكن الحصول على الكثير من هذه المعلومات عن طريق استبانة يملؤها الوالد أو الوالدان قبيل الزيارة التمهيدية . أما المعلومات الضرورية والتي لا تكون على شكل نقاط محددة (من مثل شرح المشكلة الرئيسة ، والتاريخ الأسري / الاجتماعي ، والجوانب الدراسية القائمة ، والمعالجة السابقة) ، إضافة إلى المعلومات الإضافية المتعلقة بالاستجابات الإيجابية على الاستمارة ؛ والتي يمكن الحصول عليها خلال عشر دقائق تقريباً .

تعني عبارة « شرح المشكلة الرئيسة » استخدام تعبير عام (من مثل : «لديه مشكلة سلوكية » ، « إنها غير ناضجة » ، « إنه معرض لخطر الحجز ») للوصول إلى مشكلات محددة (من مثل « لا يلتزم بدوره عند الحديث ولا يتبع

الإرشادات داخل الصف » ، « لا يستطيع المحافظة على الأصدقاء » ، « لا تستطيع تحسين مستواها في القراءة ومستواها في القراءة مستمر في التأخر أكثر فأكثر ») . وتكمن أهمية هذا التحديد في تطوير فهم واضح للمشكلات ، واختيار طرق المعالجة ، وتقييم فعاليتها . وعادة ما تكون هناك عدة مشكلات محددة تتصل بالسلوك والمواد الدراسية والتفاعلات الاجتماعية . ومن المفيد تقرير متى بدأت المشكلات وترتيب حدوثها وتطورها . فعلى سبيل المثال ، يختلف الطفل الذي شكا والداه أولاً من فرط حركته عندما كان في سن الثالثة عن الطفل الذي شكا والداه أولاً من تدني اللغة التعبيرية لديه عندما كان الطفل في سن الثانية . وكلا الطفلين يختلفان عن طفل في سن العاشرة يعاني من التحصيل المتدني وتدني اعتداده بذاته . وقد يكون كل هؤلاء الأطفال ـ أو لا أحد منهم ـ يعاني من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، لكن يُرجح أن تختلف تشخيصاتهم المصاحبة وطرق معالجتهما المحددة .

وتنبغي مراجعة نتائج أي تقييمات أو تدخلات علاجية سابقة ودراسة فعاليتها . فإذا كانت طرق المعالجة السابقة من مثل الاستشارة الإرشادية أو الأدوية أو التدخلات التربوية غير فعالة ، فتستدعي الحاجة لمعرفة سبب ذلك . فعادة ما يكون سبب عدم فعّالية الاستشارة الإرشادية أن المرشد استخدم استراتيجيات معرفية أو استراتيجيات لعب علاجية مع الطفل ، وليس استراتيجيات إدارة سلوك عملية تتضمن تدريب الوالدين . وعادة ما تتضمن أسباب عدم فعّالية الأدوية العلاجية تدني الجرعات وعدم انتظام تناول الجرعات، إضافة إلى الافتقار إلى التدخلات غير الدوائية المصاحبة . ويوقف العلاج الدوائي بعض الأحيان أو يقرر عدم فعاليته بسبب « استمرار وجود المشكلات ». فعلى الرغم من فعاليته في الأعراض الأساسية فليس من المنطقي توقع معالجته لجميع المشكلات التي يعاني منها الطفل وتعاني منها الأسرة . إضافة إلى ذلك، فقد يساهم الفشل في تنسيق مصادر المنزل والمدرسة إلى فشل واضح في

التدخلات النفسية والطبية .

٢ ـ السيرة المرضية في مرحلة قبل الولادة Prenatal History

تستخدم السيرة المرضية في مرحلة ماقبل الولادة للوقوف على إمكانية وجود عوامل تعرض الفرد لخطر النمو غير الطبيعي للدماغ أو لخطر الإصابة الدماغية. ففي حين يُجْمع الخبراء في الميدان على عدم إصابة معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بإصابة دماغية أو تلف دماغي ، وعلى أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وراثي (كما ورد في المقدمة) ؛ يوجد هناك عدد من العوامل متعلقة بمرحلة ماقبل الولادة وعوامل خلال الولادة وعوامل بيئية مرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد تساهم في إحداث هذا الاضطراب ، خصوصاً فى الحالات التي يتبين أنها غير وراثية . من هنا فلا يبدو أن اختناق الولادة (Birth Asphyxia) مسبباً شائعاً لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك على الرغم من ظهور ارتباط بسيط بين أعراض غير طبيعية معينة لمرحلة ما قبل الولادة وخلال الولادة ، من جهة، وأعراض « فرط الحركة » كما يتضح لدى تحويل الحالة لاحقاً للجهة المختصة من جهة أخرى . من جانب آخر ، فإن الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة دون أن يكون للأسرة تاريخ بذلك يرجح أنهم قد تعرضوا لمضاعفات قبل الولادة أو خلالها أو في مرحلة الطفولة المبكرة . أما أولئك الذين تظهر لدى أسرهم تاريخ للإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فتتساوى نسبة احتمال تعرضهم لمضاعفات مع نسبة أولئك الأطفال غير المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وفيما يلي قائمة بالمسببات غير الوراثية المحتملة :

* الإصابات المرضية قبل الولادة .
* التعرض للكحول أو الكوكاين والعقاقير الأخرى قبل الولادة .
* ارتفاع نسبة الرصاص أو التسمّم الرصاصي .

* الإصابة بمرض الفينلكيتنيوريا (Phenylketonuria) .

* التعرض لتدخين السجائر من طرف الأم في مرحلة ما قبل الولادة .

* الإصابة الدماغية المكتسبة نقص الأوكسجين (Hypoxia) والإسكيمية (Ischemia) الصدمة الدماغية (Trauma) / العدوى المرضية في الدماغ (Infection) .

* المتلازمات (Syndrome) : متلازمة الكحول الجنيني (Fetal alcohal)/ متلازمة ضعف كروموسوم إكس (Frogile X) / متلازمة تورت وتيرز ووليامز و (XYY) .

* مرض عصبي (تورّم الألياف العصبية (Neurofibromatosis) / رقّاص سيدنهام (Sydenham's chose) التصلب الدرني (tuberous sclerosis).

* عدم اكتمال النمو Prematurity

* تخلّف النمو الجنيني Intrauterine growth returdation سوء التغذية Malnutrition .

* الأتوبيا (atopy) التهاب الأذن الوسطى (Otitis media) .

ويغلب أن يكون لبعض المسببات . من مثل تعرض الجنين للكحول ، والتعرض للكوكايين ، وارتفاع مستوى الرصاص ، وعدم اكتمال النمو ، علاقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقًا لمعظم الدراسات ، لكن ذلك لا يمكن تعميمه . إضافة إلى ذلك ، لم تتم برهنة وجود علاقة محددة وجازمة بين اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - أو واحدة أو أكثر من أعراضه - والاضطرابات التطورية عمومًا - من أي ناحية . وتتضمن المتلازمات وحالات التعرض للسموم (Toxin) ، وظروف ما قبل الولادة والتي تضم بطبيعتها أعراض عجز الانتباه وفرط الحركة الاضطرابات المعرفية والطبية النفسية أيضا (متلازمة الكحول الجنيني ، ومتلازمة وليامز) . إضافة إلى ذلك ، فقد تختلف

الطرق المحددة التي يتأثر بها الانتباه وفقًا للمسببات المختلفة ، وذلك على الرغم من احتمال تشابه السلوكات الملحوظة التي يبنى عليها تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فعلى سبيل المثال ، وجد كول (Cole) ورفاقه أن مواطن العجز بناءً على المقاييس العصبية النفسية للانتباه تختلف فيما بين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وأولئك الذين تظهر عليهم أعراض وجهية لمتلازمة الكحول الجنيني وتاريخ من التعرض للكحول في مرحلة النمو الجنيني .

وقد أُشير في بعض الدراسات أن بعض النتائج تسود بين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أكثر من غيرهم ، غير أنه لم يتم إثبات دورها كمسبب أو كعامل مساهم في إحداث الاضطراب . ومن الأمثلة على هذه العوامل المساهمة الالتهاب المبكر للأذن الوسطى والحساسية ، وتدخين الأم. أما العوامل الأخرى ، من مثل سوء التغذية المبكر ، والأمراض الخلقية قبل الولادة ، فيعتقد بأن لها علاقة سببية محتملة مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب مقدرتها الكامنة على إحداث تأثيرات ضارة على نمو الجهاز العصبي . وعلى الرغم من وجود دراسات استقرائيّة للإصابة الخلقية اللاعرضية وسوء التغذية المبكر ، فإنها لا تدرس وجود أو عدم وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تحديداً . من هنا ، تتضّح صعوبة إجراء نوع الدراسة المطلوبة لشرح الطبيعة الواضحة للعلاقة بين العوامل السابقة والتطور اللاحق لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب احتياجه لمتابعة طويلة المدى وضبطًا دقيقًا للعوامل الوراثية والبيئية . وخلاصة القول أن هناك العديد من العوامل العصبية الحيوية التي قد تساهم في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ولا تتوافر هناك أدلة كافية تدل على أن الإصابات التي تلحق بتطور الجهاز العصبي تسبب اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في حالة عدم وجود اضطرابات عصبية تطورية ثانوية أخرى . كما أن هناك شحاً في الأبحاث التي تدرس هذه

المسألة المحددة والصعبة .

٣ ـ السيرة المرضية التطورية والتربوية

تستخدم السيرة المرضية التطورية للكشف عن حالات التأخر التطوري المبكر ، وللوقوف على مدى حدة مشكلات الوالدين وثباتها ودقتها . ففي حين يُرجح أن يكون من الصعب على الوالدين تذكر المراحل التطورية المبكرة بدقة في الوقت الذي يكون فيه الطفل قد دخل المدرسة ، فقد يكون من المفيد الخروج بسيرة مرضيّة تكشف مشكلات تطور اللغة والمهارات الحركية الدقيقة (من مثل استخدام الأدوات والتزرير ، والربط) ، أو المهارات الحركية الغليظة (من مثل الركض والقفز وركوب الدراجة الهوائية) . أو المهارات الاستقلالية (من مثل ارتداء الملابس واستخدام الحمام) . إذ تشيع حالات العجز في المهارات الحركية الدقيقة بين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مما قد يسهم في صعوبات الكتابة . فعندما تتم ملاحظتها عند الفحص العيادي ، قد يكون تشخيص « اضطراب التآثر التطوري » (Developmental Coordiaation Disorder) مناسباً . وقد تدعو الحاجة للجوء إلى العلاج الوظيفي (Occupational Therapy) ، في حالة وجود إعاقة وظيفية (من مثل صعوبة الكتابة اليدوية أو عسر القراءة ، وتعطل مهارات الرعاية الذاتية) . من جانب آخر ، قد تكون قدرات الإحساس الحركي (Kinesthetic abilities) أيضا ضعيفة لدى بعض الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مما قد يسهم في صعوبات التخطيط الحركي .

قد يشير تأكد وجود تأخر في تطور اللغة إلى وجود « اضطراب تطور اللغة» أو « اضطراب تطوري عام » . ففي حالة وجود اضطراب تطوري عام ، سيكون هنالك بالتالي دليل آخر يثبت ذلك في السيرة المرضيّة للطفل وتقييمه . ويتضمن هذا الدليل بطبيعته بياناً بالسلوكات النمطية و/أو الاهتمامات الحصرية ، وبالأنماط غير الطبيعية لاستخدام اللغة (مع تأخر في اللغة أو

بدونه)، وتعطل في التفاعل الاجتماعي . وفي المقابل قد يبدو أن اضطراب تطور اللغة قد اختفى مع حلول سن المدرسة ، في حين أن هذا الاضطراب سيظهر لاحقًا على شكل صعوبات في القراءة أو الاستيعاب القرائي أو التهجئة أو الاستماع أو الحفظ . من هنا ، قد تدعو الحاجة إلى تقييم أكثر شمولاً للمهارات اللغوية والدراسية . وفي حالة وجود مواطن عجز ، يوصى بإجراء تقييم نفستربوي رسمي لتحديد الأهلية للتدخلات التربوية المتخصصة ونوعيتها .

قد يدل التأخر التطوري الكلي على وجود تخلف عقلي أو - في حالات نادرة - اضطراب تحلل عصبي ، ممّا يتطلب أيضا تقييمًا رسميًا وبرنامجًا تربويًا خاصًا. وإلى جانب الكشف عن المشكلات التطورية ، ينبغي على الاختصاصي أو العيادي أن يستعلم من الوالدين عن تأثيرات النقص في مراحل تطورية مكتسبة سابقًا . فقد تكون الأعراض الأكاديمية والسلوكية مؤشرات أولية على اضطرابات التحلل العصبي ، وذلك على الرغم من أنّها ليست الأعراض الوحيدة على ذلك . وغالبًا ما يقر الوالدان لاحقًا بوجود نقص في المراحل التطورية وذلك لأن مقدرة الطفل على التكيف الاجتماعي وعلى الانتباه أصبحت أكثر ضعفًا من السابق ، وقد يكون مرد ذلك أن زيادة التأخر عما هو متوقع ممن هم في مثل سنه تجعل الطفل يبدو « أسوأ » مما كان في السابق . لكن ذلك في واقع الحال لا يشكل نقصًا في المهارة . من هنا فإن اللجوء إلى مزيد من الاستقصاء فيما يتصل بفقدان الكلمات ونقص مهارات الرعاية الذاتية وضعف الذاكرة و المهارات الحركية الدقيقة سيطمئن العيادي - في أغلب الأحيان - من أن الطفل لم يفقد في الواقع أي مهارات . فيما يلي قائمة من اضطرابات التحلل العصبي والاضطرابات العصبية الأخرى الممكنة لدى الأطفال في سن المدرسة ، والتي تدل بطبيعتها على حدوث تراجع دراسي وسلوكي في بداية مراحلها :

* عدم الإشباع الكظري للكريات البيضاء (Adrenoleukody stratrophy) :

تزايد اختضاب pigmentation في الأطراف ، والعجز الكظري ، والتشنج .

* رقاص هنتنغتون (Huntington's chorea) : الرقاص ، والاختلالات النفسية، والتيبّس (Rigidity) ، والجزع (Ataxia) ، والصرع (Seizures).

* السكر العدادي المخاطي (Mucopoly saccharidoses) : تشوهات وجهيّة وعظمية ، وتقلصات في المفاصل .

* تورّم الألياف العصبية (Neurofibromatosis) : بقع ذات لون بني فاتح ، تورم الموثق العصبي البصري (Optic glioma) والتضخمْ النصفي (hemihypertrophy) ، والأورام العصبية (neuromas) .

* متلازمة سانفيليبو (Sanfilippo Syndrome) : تشوهات عظمية ، وقصر القامة ، وتضخم الكبد والطحال (Hepatosplenomegaly) .

* التهاب الدماغ التصلبي العام شبه الحاد : Subacute sclerosing panence phalitis : الصرع ، والتقلصات اللإرادية (Tics) ، والارتعاش العضلي (Myoclonus) ، وكف البصر (Blindness) ، وكف السمع (Deafness) .

* التصلب الدرني (Tuberous sclerosis) : الصرع ، وتورم الغدد الدهنية (Adenoma sebaceum)، والوحمات منزوعة الخضب (Depigmented nevi)، والبثور المتيبّسة (Shagreen spots) .

* داء ولسون (Wilson's spots) : تليف الكبد (hepaticnecrosis) ، واليرقان (Jaundice) ، وحلقات كايسر - فلتشر (Kayser - Fleischer rings) ، والصرع المزمن (Choreoathetosis) .

إن فهمنا لتطور الأعراض وحدتها في البيئة المنزلية والتربوية سيفيد في استبعاد وجود اضطراب تحلل عصبي وفي إعطاء مؤشرات فيما يتعلق بمسببات المشكلات الدراسية المصاحبة . فعلى سبيل المثال ، لوحظ وجود فرط حركة بداية في سن الثالثة دون أن يكون هناك نقص في المراحل التطورية لدى

طفل طبيعي يبلغ الثامنة مما ينفي بطبيعة الحال إمكانية وجود عملية تحالّية من ناحية أخرى ، فإن فرط الحركة التي لوحظت بدايته في سن الثالثة لدى طفل يبلغ الثامنة لديه إعاقة تعلمية قد يوحي بوجود كلا الاضطرابين معًا ، حيث إن عدم الانتباه والسلوك الفوضوي داخل الحجرة الصفية لا يعتبر أمرًا ثانويًا فقط بالنسبة للإعاقة التعليمية أو لضعف التوافق التعليمي . وعلى نحو مماثل ، لو كانت المشكلة الأولية تتمثل في ضعف تطور مهارات القراءة ، أو لو ظهرت هذه المشكلة في السنة الأولى من دخول المدرسة مصحوبة بمشكلات تتصل بمدة الانتباه ، فيتوجب على العيادي أن يتوقع وجود إعاقة تعليمية (مع أو بدون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة) . ولا يبدو أن مشكلات الانتباه تؤثر في اكتساب المهارة على نحو انتقائي . (كأن تكون في القراءة فقط أو في الرياضيات فقط)، كما أنّها لا تفضي عادة إلى حالات تأخر دراسي في مرحلة مبكرة كالروضة أو السنة الأولى من المدرسة عند الأطفال ذوي الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط . وفي حين قد يعطل عدم التوافق التعليمي الانتباه ، فليس من الشائع أن تكون الإعاقة في القراءة مسببًا لمشكلات السلوك في الصف الدراسي . فيما يلي بعض الاضطرابات التعلمية التي قد تكون موجودة بمعزل عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو مصحوبة معه :

* التخلف العقلي .
* الاضطراب التطوري العام (PDD) من مثل متلازمة أسبيرجر (Asperger's syndrome).
* اضطراب تطور اللغة .
* اضطراب التعلم غير الكلامي .
* اضطرابات القراءة والرياضيات والتهجئة والكتابة . (قد يحتاج مقدم الرعاية الأولية إلى طلب معلومات من المدرسة للحصول على صورة متكاملة عن تاريخ الطفل التعلمي ووضعه التعلمي) .

٤ ـ السيرة المرضية الطبية Medical History

تكمن فائدة السيرة المرضية الطبية في استبعاد وجود أوضاع طبية قد تسهم في صعوبات التركيز . إضافة إلى ذلك ، قد تُلقي هذه السيرة الضوء على الميادين التي تستوجب اهتماماً خاصاً في حالة اللجوء للمعالجة الدوائية . وتتضمن السيرة أسئلة عن الحساسيات ، وردود الفعل الأخرى للأطعمة أو العقاقير ، والطفح الجلدي ، والأمراض المتكررة أو غير الاعتيادية ، وحالات المعالجة في المستشفى ، والصدمات ، والنوم ، وعادات الأكل والإخراج ، واستعراض للأجهزة الجسمية من مثل الأجهزة العصبية والوعائية الدموية ، والمعوية ـ المعدية ، والأجهزة الأخرى . أما السيرة المرضيّة للسلوك فيجب أن تتضمّن أسئلة عن المهارات الاجتماعية والهواجس ، ومستوى الحصر النفسي ، وأعراض الكآبة ، والنزعة نحو الانتحار ، وأعراض المس (Mania) وجنون العظمة (Grandiosity) ، والاعتداد بالذات ، والتحكم بالغضب ، والعدوانية ، والسلوكات المعادية للمجتمع ، والسلوكات المكرورة من مثل الأصوات أو الحركات اللاإرادية ، والعادات العصبية ، والمخاوف ، والطقوس ، ومؤشرات على التفكير غير العادي من مثل الوساوس والهلاوس والأوهام . ويمكن الحصول على الكثير من هذه المعلومات عبر استخدام أحد مقاييس التقدير الشاملة (انظر الفصل الثاني).

وفي محاولات لتصنيف الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى فئات أكثر تحديداً ، استخدم بعض المؤلفين الصفة التمييزيّة « اضطراب اليقظة الأولّي » (Primary Vigilance Disorder) للأطفال الذين يحتمل تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم (النوع الذي تسوده قلة الانتباه) ـ والميالين للنوم ، ولعدم الانتباه وللشعور بالضجر والقلق والتململ سريعاً في محاولة للبقاء يقظين . وتدعو الحاجة لمزيد من البحث لتحديد

صلاحية التقسيم إلى فئات أصغر ضمن فئة غير المصابين بفرط الحركة .

٥ ـ السيرة المرضية الاجتماعية والأسرية

تعتبر السيرة المرضية الاجتماعية مهمة في تقييم تأثير الأسرة في سلوك الطفل والعكس بالعكس ، وكذلك علاقات الأقران . فقد ثبت أن للعداء الاجتماعي تأثيرًا على أداء الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومشكلاتهم المرضية المصاحبة . وتتضمن المعلومات الأولية المهمة أعضاء الأسرة ومقدمي الرعاية الآخرين . من ناحية أخرى ، تعتبر العلاقة الزوجية ومستوى الاتفاق بين الأبوين فيما يتصل بأعراض الطفل وطريقة التعامل معها أمرين مهمَّين لكل من التشخيص والعلاج . إذ قد يؤدي النزاع الزوجي أو الأسري الشديد إلى إحداث صعوبات في التنظيم الذاتي والأداء في المدرسة ، وقد يؤخر العيادي تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة خلال التدخل الأسري . من جانب آخر ، تشيع النزاعات الزوجية والطلاق بين أسر الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وغالبًا ما يحدث النزاع بسبب اختلافات في فهم درجة أعراض الطفل وطبيعتها . وفي العديد من الحالات ، فإن أحد الوالدين الذي يحس بالمشكلات على نحو أكثر هو الذي يقضي وقتًا أطول في تدبير الأمور اليومية من مثل الاستعداد للذهاب للمدرسة ، وحل الواجبات البيتية ، والتفاعلات الاجتماعية (عادة ما تكون الأم) . ومن الشائع أيضا أن يتبع الأطفال إرشادات الآباء أكثر من الأمهات . في نهاية المطاف ، يتبقى تحديد فيما إذا كانت هناك أي علاقة بين هاتين الملاحظتين ، لكن غالبًا ما تكون النتيجة شعور الأم بأنها مسؤولة وغير فعالة ووحيدة .

ومن المفيد أن يستوعب العيادي الأساليب الخاصة التي يستخدمها الوالدان في تفاعلاتهما مع طفلهما ، إذ تكون أساليب أبوية معينة غير سليمة بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فأسلوب الرعاية الأبوية اللين ليس كافيًا للإشراف على الطفل ولوضع قوانين الأسرة وما يترتّب

عليها من عواقب لدى خرق هذه القوانين . أما الأسلوب الانفعالي في الرعاية فيكون تأديبياً أكثر من اللزوم وغير ثابت ، ويميل إلى الاعتماد على حالة الوالد أكثر من سلوك الطفل . فكيفية تأديب الطفل ودرجة استخدام استراتيجيات إيجابية لإحداث سلوك حسن واستخدام العقاب للسلوك السلبي قد تبين الحاجة لتدريب الأبوين على استراتيجيات إدارة السلوك ، فلا يوظف العديد من والدي الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عادة تعزيزاً إيجابياً للسلوك الإيجابي في الوقت الذي يستخدمون فيه العقاب كاستراتيجية تأديب أساسية . ولأن الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بطبيعتهم لا يتعلمون كثيراً من الأخطاء السابقة أو العقاب ، تكون هذه الأسرة معرضة لخطر اللجوء إلى استراتيجيات عقاب شديدة على نحو متزايد ، بما في ذلك العقاب البدني . فقد يقول والد : « لست أدري ما الذي يمكنني أن أبعده عنه ». ويعتقد أن هذا الوضع يزيد من خطر الإصابة بالكآبة ومشكلات السلوك لدى الطفل . فعندما يتم اللجوء إلى العقاب البدني مراراً ، وعندما يقوم الوالد بالعقاب البدني في حالة الغضب الشديد ، فقد يكون العقاب هنا مسيئاً للطفل . من هنا ، فإن معالجة المشكلات الأساسية التي تفضي إلى العنف الأسري ينبغي أن تظل لها الأولوية . من جانب آخر ، قد يكون اللجوء إلى خدمات حماية الطفل بمثابة محفز للشروع في التدريب الأبوي على استراتيجيات إدارة السلوك الأكثر قبولاً، وقد يكون أيضا بمثابة طريقة للحصول على خدمات دعم إضافية .

وخلافاً للأساليب الأبوية التي قد يكون لها تأثير سلبي على سلوك الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فقد يكون المستوى المرتفع من التلاحم الأسري والمشاركة من الوالد والطفل مفيدة لطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فالمستوى المعين من مشاركة الوالد والطفل الذي قد يبدو زائداً عن الحد لدى أسرة أخرى قد يكون مفيداً للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ولأسرته في مجال الإشراف الأسري

والتنظيم والدعم المتبادل . وستتم مناقشة تقييم المهارات الأبوية وتدخلات إدارة السلوك للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بتفصيل أكثر في الفصل الخامس .

ويعتبر فهم كيفية تفاعل الطفل مع إخوانه وأقرانه مهمًا للخروج بتوصيات العلاج ، إذ أن هناك سمات متعددة لها تأثير على أداء الإخوان والأقران ، والتي ستتم مناقشتها بتفصيل في الفصلين الخامس والسادس .

من زاوية تشخيصية قد تؤيِّد السيرة المرضيّة الأسريّة احتمال وجود كل من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطرابات أخرى مصاحبة ، وقد تكون مفيدة أيضا لإعتبارات العلاج الدوائي . فما نسبته ٢٥ ٪ تقريبًا من أقرباء الدرجة الأولى من الحالة الأولى (Proband) - الفرد الأول الذي يكتشف عنده الاضطراب من الأسرة - لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة سيكون عندهم الاضطراب ذاته . وهذه نسبة أعلى من نسبة وجود الاضطراب لدى الأسر التي لها تاريخ - أو ليس لها تاريخ - بوجود اضطرابات طبية نفسية . ويعاني أقرباء الحالات الأولى (Probands) ذوات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والاضطرابات المصاحبة (اضطرابات الكآبة والسلوك) من الاضطرابات المصاحبة ذاتها . وقد تبين أن للعوامل الأسرية - والوراثية أيضا - أهمية في العينات الوبائية وليس العينات المحولة . وتشير عدة أنواع من الدراسات إلى أن الإصابة الجماعية باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في الأسرة وراثية في الغالب وليست نفساجتماعية من حيث المنشأ . وعلى الرغم من عدم وضوح تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأجيال السابقة ، فغالبًا ما تتضح الحالة لدى الاستعلام عن وجود سمات تشخيصيّة مشابهة لدى الأقرباء الآخرين ، أو صعوبات في التعلم أو السلوك في المدرسة ، أو وجود حركة زائدة، وتململ ، وصعوبات في القيام بالمهمات ، أو المواظبة عليها في مرحلة الرشد . ويجدر أيضا الاستعلام عن تاريخ الأسرة فيما يتصل بالمشكلات ذات العلاقة

من مثل مشكلات القراءة والحركات والأصوات اللاإرادية والوساوس والمخاوف، وتخريب الممتلكات ، والسلوكات العدوانية ، والاضطرابات العقلية ، وحالات المعالجة في المستشفى ، والعلاج الدوائي . فوجود تاريخ أسري يزخر بنوع معين من الاضطراب العقلي ينبغي أن يزيد من اعتقاد العيادي بوجود الاضطراب أو مؤشراته الأولية لدى الطفل الذي يتم تقييمه . فقد تكون هذه المعرفة مفيدة في حالة اعتبار أعراض اضطراب مصاحب مقاربة له في الوقت الذي ينبغي فيه اتخاذ قرار بشأن التدخل ، وذلك في حالة عدم استجابة الطفل لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كما هو متوقع ، أو في حالة بدء ظهور أعراض إضافية للاضطراب المصاحب مع مرور الوقت .

إضافة إلى الكشف عن الاضطرابات الأسرية المصاحبة ، فقد يكون السيرة المرضيّة الأسرية التفصيليّة مفيدة في اتخاذ قرارات بشأن استراتيجيات دوائية تالية أو إضافية . فالعلاج الدوائي الذي كان فعالاً لأحد أقرباء الدرجة الأولى قد يكون مفيداً كدواء تابع لطفل استجابته محدودة والذي يعاني من تأثيرات جانبية جرّاء استخدام عقار منبّه (Stimulant) . (مثلاً ، قد يرغب أحدهم عقب ذلك في تجريب استخدام مضاد للكآبة وليس عقاراً منبّهًا آخر) . وبالمثل ، في حالة إبلاغ أم عن إصابتها بالانفعال الشديد لدى تناولها دواء معين ، فقد ينزع العيادي إلى عدم وصف الدواء ذاته لابنها أو إلى وقف تناوله عندما تظهر على الطفل أعراض الانفعال ، دون أن يُعزي ذلك لشيء آخر . ويجدر أن يُطلب إلى الوالدين التفكير في أقرباء معينين واحداً واحداً وذلك عند المراجعة المتمعنة لقائمة السمات والاضطرابات ذات الصلة . ويهدف هذا الاجراء إلى زيادة احتمالية تذكرهم لمعلومات لم يشعروا بحاجة لذكرها سابقًا أو أن لها علاقة بطفلهم .

الفحص الجسمي Examination

يركز الفحص الجسمي على الأعراض الدالة على المسببات ، وعلى الاضطرابات المصاحبة ، وعلى النتائج التي قد تكون لها دلالات للعلاج الدوائي.

من هنا ، تدعو الحاجة لإجراء فحص جسمي وعصبي عام وشامل . وبالنسبة لتقييم المسببات ، فإن الأمور الأكثر أهمية تكمن في قياس نمو أطراف الجسم (بما في ذلك محيط الرأس إذا لم يتم قياسه سابقًا) ، وتشوهات الوجه والجسم ، والاختلالات العصبية الجلدية . أما بالنسبة لتقييم المرض العضوي الأساسي أو لتقييم النتائج التي قد يكون لها تأثير على استخدام العلاج الدوائي، فالأمور الأكثر أهمية هي اختبارات البصر والسمع والتنفس ، ونشاط الأوعية القلبيّة ، والمؤشرات على خلل في الغدد ، وعلى تضخم أي من أعضاء الجسم، وعلى تضخم الغدد الدرقية ، وعلى وجود حساسيات .

وقد تلقي المقابلة الفردية ضوءاً على مستوى تفاعل الطفل ، ومهارات اللغة التعبيرية لديه ، ومدى الانفعال . وغالباً ما لا يتأتى الحصول على معلومات عن الأصوات والحركات اللاإرادية والوساوس والمخاوف إلا بعد تعمق العلاقة بين الطرفين ، وهذا ما تؤديه المقابلة الفردية، خصوصاً مع من هم في سن المراهقة وما قبلها . وخلال هذه المقابلة الفردية ، يمكن الكشف سريعاً عن ضعف التواصل بالنظر ، والسلوكات المكررة أو التفكير الوقائي ، وعجز الإجابة على الأسئلة المفتوحة ، واستخدام كلمات قليلة ، والكلام المضغوط Pressured speech، والاستطراد Tangentiality ، واضطراب صوتي ، وحالة الكآبة أو القلق المفرط . إذ ستشير مثل هذه الأمور إلى وجود اضطرابات لغوية أو انفعالية أو اضطرابات مصاحبة أخرى . ولا يوجد هناك ، للأسف ، سلوك محدد أساسي في التشخيص ، غير أن ملاحظات العيادي قد تكون مفيدة كدليل داعم عندما تكون منسجمة مع أنواع أخرى من الأدلة ، أو أنها قد تدل على الحاجة لتقييم معمق على نحو أكثر في ميادين معينة .

ويُجرى الفحص العصبي لاستبعاد وجود علامات عصبية أساسية ، وكذلك لتقييم المهارات الحركية الدقيقة والعلامات العصبية الحساسة . ويمكن تقييم المهارات الحركية الدقيقة من خلال المقدرة على التقاط الأشياء الصغيرة

باستخدام مسكة الكماشة أو الحركات الصحيحة من الأصابع إلى الأنف بالمخيخ ، والإكمال السريع والسليم للوحة المخرّمة بالسدادات المناسبة ، وحركات الأصابع لوحدها ، ووضع الأصابع على نحو تقابلي تتابعي (Sequential finger opposition) . فالعلامات العصبية الحساسة هي تلك التي تكون طبيعية بالنسبة لطفل في سن أصغر ، من مثل ضعف التنسيق ، والحركات غير الهادفة ، وضعف مهارات الإحساس المتصل بالقشرة الدماغية ، وضعف إدراك الاتجاهات .

وتعتبر العلامات العصبية الحسّاسة شائعة بين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وبالإعاقات التعلمية . ففي حين يتفق معظم العيادين على أن هذه العلامات غير محددة وأنها غير تشخيصية ، فإن لهذه العلامات حسنتين : تكمن الحسنة الأولى في أنه في حالة كون هذه العلامات الحساسة مفرطة ، فقد تشير إلى وجود مشكلات حركية تسهم في صعوبات الكتابة أو مشكلات في الحركات الغليظة مما يجعل الفرد أخرقًا فيما يتصل بحركاته (والمشكلات اللاحقة لذلك من مثل حدوث الإصابات المتكررة أو الرفض من قبل الأقران بسبب ضعف اللياقة البدنية). أما الحسنة الثانية فتتمثل فيما يلي : في حالة وجود علامات حساسة متعددة على نحو أكثر مما هو متوقع أو على جانب الجسم غير الجانب المتوقع ظهورها عليه (خلال سنوات المدرسة ، تشيع العلامات الحساسة على الجانب غير المسيطر من الجسم) ، فإن ذلك قد يعتبر نتيجة أساسية قد تجعل العيادي يفكر في إجراء مزيد من الأبحاث العصبية ، خصوصاً لدى وجود مؤشرات أو أعراض أو سمات تاريخية أخرى تشير إلى وجود خلل عصبي أساسي .

إن اكتساب المعرفة المتعلقة المراحل التطورية للعلامات الحساسة من حيث تناسقة واختفائها يوجب على العيادي اختبار علامات متعددة يتم فحصها دورياً لدى أطفال من مختلف الأعمار ، سواءً المصابين بمشكلات تعلمية أو بمشكلات

انتباه أو غير المصابين بذلك . فعلى سبيل المثال ، تشيع بين الأطفال في سن المدرسة الوضعية المنعكسة للذراعين (Decerebrate) ـ تكون الذراعان مدورتين إلى الخارج واليدان إلى أسفل ـ عندما يمشون على باطن القدمين ، والوضعية المنفرجة غير متعلقة بالقشرة الدماغية (Decorticate) ـ تكون الذراعان مدورتين إلى الداخل واليدان مبسوطتين ـ عندما يمشون على أطراف أقدامهم . وغالباً ما لا يستطيع الأطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة محاكاة هذه الطريقة من المشية ، وقد تتم لديهم هذه الوضعية لدى محاولة الانتقال إلى وضع مناسب أو لدى التركيز على المشي والكاحل أو على أصابع القدمين . وخلال سنوات المدرسة الأولى ، يستطيع الأطفال عموماً أداء اختبار فوغ (Fog Test) ويظهرون وضعية كلا الذراعين . وخلال النصف الثاني من سنوات المدرسة الابتدائية ، غالباً ما تختفي هذه الوضعية في الذراع المسيطرة، لكنها تظل ظاهرة في الذراع غير المسيطرة . هذا وتختفي هذه الوضعية تماماً في سن العاشرة إلى الثانية عشرة ، لكنها قد تستمر لمدة أطول لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعلمية أو مشكلات في الانتباه . أما أولئك الذين يعانون من العجز المستمر عن محاكاة تلك المشية ، والوضعية الثنائية الحادة ، أو اتخاذ الوضعية على الجانب السيطر ، فقد يظهرون مؤشرات على مشكلات حركية أكثر عمومية وحدّة .

تظهر الحركات الانعكاسية (Synkinesias) ـ التي هي مثال على الحركات غير الهادفة ـ أيضا نمطا تطورياً طبيعياً . أما الطريقة الشائعة لاختبارها فتتمثل بوضع الأصابع على نحو تقابلي تتابعي حيث يلمس الطفل بإبهامه كل إصبع في اليد نفسها على نحو تتابعي . أما اليد الأخرى ، فتكون في حالة بسط راحة اليد إلى أعلى ، فإنها « تعكس » التقابل التتابعي للأصابع . وغالباً لا يستطيع أطفال ما قبل سن المدرسة محاكاة التقابل التتابعي للأصابع ، غير أنهم يؤدون حركات انعكاسية لدى الطلب إليهم أداء مهمة أسهل : من مثل جعل الإبهام

يلمس الإصبع الأول على نحو متكرر (التقابل السريع للأصابع) . ويستطيع الأطفال في سن المرحلة الابتدائية المبكرة أداء التقابل التتابعي للأصابع . وهم يقومون بذلك بتناسق أفضل وبعدد أقل من الحركات غير المترابطة في اليد المسيطرة ، وهم يؤدون حركات انعكاسية في أي من اليدين . من جانب آخر ، يغلب أن يظهر الأطفال الأكبر سناً في المرحلة الابتدائية العليا مقدرة على أداء الحركات الانعكاسية في يدهم غير المسيطرة فقط . ولدى بلوغهم العاشرة إلى الثانية عشرة ، يتمكن معظم الأطفال من القيام بعملية التقابل التتابعي للأصابع بأيديهم المسيطرة وغير المسيطرة على السواء ، وتتلاشى الحركات الانعكاسية. غير أن استمرار ضعف هذه المهارة واستمرار الحركات الانعكاسية في الجانب غير المسيطر يكون شائعًا لدى الأطفال ذوي الاضطرابات العصبية - التطورية . فقد وجد أن الحركات الانعكاسية البارزة جداً لها علاقة بمشكلات جسمية للأعضاء الحركية و / أو باختلالات عصبية - فسيولوجية في بعض الحالات . فالطفل الذي يستخدم يده اليمنى ، لكنه يميل إلى التوضع على الجانب الأيمن ، ويعاني من ضعف في تناسق الأصابع والأنف من الجهة اليمنى ، ويعاني من اضطراب تطور اللغة ، قد يظهر أعراضا متعددة تدل على عدم فعالية وظيفة الفص الأيسر من الدماغ . وبالمقابل فإن الطفل المصاب باضطراب التعلم غير الكلامي قد تظهر عليه بوضوح علامات حساسة على الجانب الأيسر أكثر مما هو متوقع بين الأطفال في مثل سنه . بناءً على ذلك ، يعتمد وجوب استمرار الدراسات المتصلة بتصوير الدماغ - والتي لا يوصى بها عادة خلال مرحلة التقييم لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - على وجود مؤشرات إضافية من مثل أعراض التشوهات الوجهية والجمجمية (Craniofacial) ، أو اختلالات في النمو أو محيط الرأس ، أو الجوانب الوراثية ، أو أي إشكالية تتعلق بالطبيعة الخلقية الثابتة للمشكلة القائمة .

النتيجة

بعد إتمام السيرة المرضية الشاملة وإجراء الفحص الجسمي ، ينبغي أن يتوافر لدى العيادي مقدار كبير من المعلومات تتعلق بأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وبدرجة الخلل الوظيفي ، وبوجود اضطرابات مصاحبة لدى الطفل أو لدى أسرته ، وحالة الطفل الطبية ، وأداء الأسرة والوضع التربوي. وتتيح هذه المعلومات للعيادي تحديد الحاجة لمراجعة المعلومات المتوافرة الأخرى ، واجراء مزيد من التقييمات المحددة ، وللتدخلات العاجلة . وقد يكون إعداد ملخص مؤقت وتوصيات علاج مبدئية مفيداً للأسرة في هذه المرحلة ، مع إدراك أن الاستجابة للعلاج والتقييم المستمر مهمان لتحسين الملخص التشخيصي والخطط العلاجية .

الفصل الثاني

استخدام المقابلات الشخصية ومقاييس التقدير لجمع البيانات السلوكية

الفصل الثاني

استخدام المقابلات الشخصية ومقاييس التقدير لجمع البيانات السلوكية

قد يكون إجراء تقييم سلوكي ضمن الممارسة العيادية مثيراً للتحدي ، وذلك لأن الأفراد الذين يعانون من عجز الانتباه و/ أو الاندفاعية قد لا تظهر عليهم المشكلات خلال زيارات قصيرة في بيئات منظمة أو غير مألوفة ، من مثل العيادات . ولفهم طبيعة سلوك عجز الانتباه والاندفاعية ووظيفته ، يتوجب على الاختصاصي أو العيادي أن يكتسب معلومات عن كيفية عمل الفرد في البيئات الطبيعية . من هنا ، يتحدث هذا الفصل عن مجموعة من الأساليب المفيدة لدى تقييم السلوك المتعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ضمن البيئات الطبيعية.

إجراء المقابلات Interviews

يعتبر إجراء المقابلات للوالدين والأطفال عن مشكلات الأسرة والمدرسة مصدراً قيّماً جداً للمعلومات المتصلة بالمشكلات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وعادة ما يتم توظيف المقابلات المنظمة لتحديد فيما إذا كان الأفراد يحققون معايير أحد ـ أو أكثر ـ الاضطرابات الطبية النفسية وفقاً لأنظمة التصنيف ، من مثل الدليل التشخيصي والإحصائي. وتتبنى المقابلات المنظمة الاتجاه التصنيفي في التقييم . حيث تصنف الاضطرابات إلى فئتين : اضطرابات موجودة واضطرابات غير موجودة ، وذلك بناءً على معايير تشخيصية معينة وضعها مجموعة من الخبراء بعد دراسة دقيقة للأدبيات البحثية . وعادة ما يتوافق شكل ومحتوى المقابلات المنظمة إلى حد بعيد مع

المعايير التشخيصية المشروحة في الأدلة التصنيفية للطب النفسي ، من مثل الدليل التشخيصي والإحصائي . ويستطيع العيادي إنجاز نموذج المقابلة المنظمة المعد لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ولأي اضطرابات أخرى مصاحبة من مثل السلوك الفوضوي والحصر النفسي والكآبة . أما بالنسبة للعياديين في الرعاية الأولية ، فليس من المجدي في أغلب الأحيان إجراء مقابلة منظمة متكاملة لأن هذا الإجراء قد يستغرق وقتاً طويلاً . من هنا، ولتقليل الوقت المستغرق في إجراء المقابلة ، يستطيع العيادي إنجاز نموذج المقابلة المخصص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة باستخدام مقاييس تقدير للكشف عن المشكلات السلوكية والانفعالية الأخرى ، وقد تم أيضاً إعداد نماذج لإفادات الوالدين وإفادات الطفل . وكلا الطريقتين متوافرتان على شكل نماذج محسوبة ممّا يُسهل كثيراً العمل واستخراج النتائج .

أما « الدليل التشخيصي والإحصائي للرعاية الأولية : الطفولة والمراهقة » فهو نظام تصنيف يُمكّن العياديين من وصف متغيرات سلوكية تتراوح بين البسيطة حتى الشديدة . وهذا يؤدي بالتالي إلى تمكين أطباء الرعاية الأولية من تحسين تقييمهم للعوامل النفساجتماعية التي تؤثر على الشباب. (انظر الفصل الأول) . وعلى الرغم من عدم توافر برامج مقابلات منظمة مبنية على الدليل التشخيصي والإحصائي للطفولة والمراهقة ، فإن هذا الدليل يعتبر بمثابة مرشد ممتاز لإجراء مقابلات عيادية غير منظمة مع الوالدين والطفل . وفيما يلي قائمة بمزايا المقابلات المنظمة :

١ - تنسجم مباشرة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للطفولة والمراهقة: تتم مراجعة المقابلات المنظمة دورياً لتعكس التعديلات في المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي .

٢ - تُقدّم معلومات طبيعية : توفر بنود المقابلات معلومات عن كيفية عمل الأفراد في البيئات الطبيعية وفقاً لتقارير مقدمي المعلومات (التقارير الذاتية ،

وتقارير الوالدين) .

٣ - لا يتطلب إجراؤها تدريباً مكثفاً : تكون خطوات إجراء المقابلات المنظمة واستخراج النتائج مشروحة بوضوح بحيث يمكن أداؤها بمقدار كبير من الصدق دون الحاجة إلى تدريب مكثف من جانب العياديين الذين يستخدمونها .

٤ - توفر تقييماً يتميز بالثبات : تُمكّن الطبيعة المنظمة للمقابلة العياديين من توظيف هذه المسائل بمقدار كبير من الثبات . ومن الطبيعي أن يكون الانسجام كبيراً بين التشخيصات المستقاة من المقابلات المنظمة من قبل عيادي واحد وتلك المستقاة من قبل عيادي آخر عبر الاستماع إلى المقابلة المسجلة على شريط .

٥ - تقييم الإعاقة الوظيفية : لا تقتصر فائدة المقابلات المنظمة المبنية على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي على تقييم إمكانية وجود أعراض معينة ، بل تتعداها إلى تقديم معلومات عن الإعاقة الوظيفية ضمن مختلف البيئات . إذ يُمكّن قياس الإعاقة الوظيفية العياديين من تحديد التأثير الاجتماعي لمجموعات الأعراض على الفرد وبيئته .

٦ - تعزز التخطيط للتدخل : غالباً ما تكون معرفة أن فرداً يحقق المعايير لاضطراب ما مفيدة في اختيار التدخلات العلاجية . فعلى سبيل المثال ، غالباً ما يشير تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى وجوب التفكير باستخدام عقار دوائي منبه .

٧ - متاحة بسهولة : كانت المقابلات المنظمة حتى التسعينات صعبة المنال ولم تكن متوافرة عبر شركات النشر والمعلومات . أما الآن ، فالمقابلات المحوسبة متوافرة ويتم تحديثها وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي.

وفيما يلي قائمة بقيود المقابلات المنظمة :

١ - تستغرق وقتًا طويلاً : فقد يستغرق إكمال برنامج المقابلة تسعين دقيقة على الرغم من إمكانية إجراء النماذج على نحو منفصل .

٢ - تفشل في استقاء معلومات عن أداء الأسرة : تصمم المقابلات المنظمة للحصول على معلومات عن المشكلات الانفعالية والسلوكية وعن تأثير هذه الأعراض في أداء الفرد . غير أن العياديين عادة ما يحتاجون إلى طرح أسئلة إضافية لفهم أنماط التفاعل الأسري وطرق التأديب الأبوية ، والمشكلات النفساجتماعية التي قد تؤثر في الأسرة .

٣ - تكون صياغتها معقدة : قد لا يكون طول الأسئلة وتعقيدها في النماذج المعدة ملائمًا للأطفال الذي تقل أعمارهم عن العاشرة أو للأفراد ذوي الإعاقات أو التطورية .

٤ - قد تكون غير حساسة للفروقات في الجنس والسن والثقافة : تستخدم المقابلات المنظمة من مثل الدليل التشخيصي والإحصائي عادة مجموعة واحدة من قواعد صنع القرار والتي قد لا تنطبق بالتساوي على الذكور والإناث من مختلف الخلفيات الثقافية .

٥ - تفتقر إلى الأبحاث المتصلة بالخصائص القياسنفسيّة : لقد ثبت استخلاص نتائج منسجمة من المقابلات المنظمة مع مرور الوقت وفيما بين من يقومون بإجراء المقابلات . غير أن الحاجة ما زالت تدعو لمزيد من الأبحاث المتعلقة بتوافق هذه القياسات مع الطرق الأخرى لتحديد علم النفس المرضي (Psychopathology) .

٦ - تتم مراجعتها وتنقيحها مرارا للمسايرة مع المعايير الدائمة التطور في المصطلح التشخيصي ، ويتم اللجوء إلى تعديل المقابلات المنظمة مرارا ، مما يجعل النماذج السابقة قديمة .

٧ - تكون فائدتها محدودة لدى التخطيط للتدخلات السلوكية : تقدم المقابلات المنظمة معلومات محدودة فيما يتعلق بالأحداث البيئية التي قد تسبب المشكلات الانفعالية والسلوكية ، وذلك فيما يتعلق بالتداعيات التي قد تديم الأداء غير التكيفي . من هنا ، يصعب تصميم تدخلات سلوكية فعالة بدون وجود معلومات منظمة عن المثيرات السابقة للسلوك ونتائجه .

مقاييس التقدير Rating Scales

خلافًا للطرق التصنيفية ، من مثل المقابلات المنظمة يقدم الاتجاه البُعدي (Dimansional Approach) في التقييم الذي يستخدم مقاييس التقدير تحليلاً للصعوبات الانفعالية و/أو السلوكية ضمن تسلسل يبدأ من « السوي » إلى «غير السوي » دون تحديد واضح لوجود اضطراب أو عدم وجوده . حيث يُطلب إلى مقدمي المعلومات قياس أداء الفرد فيما يتصل بسلوكات معينة وفق مقياس يتكون عمومًا من ثلاث إلى خمس نقاط (من مثل « لا ، مطلقًا » ، «قليلاً فقط»، « كثيراً إلى حدٍ ما » ، « كثيراً جداً ») . وتستخدم إجراءات إحصائية لتحديد الوضع التقريبي للفرد بالنسبة لأفراد آخرين من نفس سنّه وجنسه .

ويمكن تصنيف مقاييس التقدير إلى نوعين : النوع الأول هو مقاييس التقدير التي تقيّم مجموعة واسعة من السلوكات (من مثل السلوك الفوضوي أو العدواني ، والمشكلات الانفعالية ، ومشكلات علاقات الأقران) . أما النوع الثاني فهو مقاييس التقدير التي تقيّم مجموعة محدودة من المشكلات . إضافة إلى ذلك ، فإنه يمكن تقسيم مقاييس التقدير وفقًا لمقدم المعلومات : الوالد ، والمدرس، والذات ، والقرين .

أ - مقاييس التقدير واسعة المدى Wide - Range Rating Scales

تقدم مقاييس التقدير ذات المدى الواسع تقييمًا لميادين متعددة للأداء الانفعالي والسلوكي من زاوية الوالدين والمدرس والشباب . وفيما يلي وصف لبعض مقاييس التقدير الواسعة المدى والشائعة الاستخدام .

١ ـ استمارة سلوك الطفل **Child Behavior Checklist**

أكثر مقاييس التقدير التي تستخدم على مدى واسع مع الأطفال والمراهقين هي استمارات آشنباك (Achenbach checklists) ، كذلك استمارة سلوك الطفل (Child Behavior Checklist) . ومقياس إفادة الوالد (Aparent - report scale) ونموذج إفادة المدرس (Teacher Report Form) . تتكون استمارة سلوك الطفل من ١١٢ فقرة تقيم مشكلات السلوك ، وكذلك بنود إضافية متعددة تقيم الكفاية الإجتماعية . أما فقرات نموذج المدرس فقد تم إعدادها على نحو مماثل لتقديم إفادة المدرس عن المشكلات السلوكية والكفاية الاجتماعية . وقد تم تطوير كلا الوسيلتين كي تستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ ١٨ سنة . وتتمثل الميزة الكبيرة لمقاييس آشنباك في أنها تتضمن أسئلة مفتوحة لمقدمي المعلومات تتيح لهم شرح مشكلاتهم بأسلوبهم الذاتي ، وهذا الأمر مفيد للعياديين الذين لا ينوون استخدام طرق أخرى لجمع المعلومات من مدرسي الطفل . وتخرج استمارة سلوك الطفل ونموذج إفادة المدرس نتائج وفقًا لمقياسين واسعين : الخارجي (Externalising) كالسلوك الفوضوي ، والاعتراضي (Oppositional) ، والعدائي . والداخلي (Internalising) كالحصر النفسي والكآبة ، والانطواء الاجتماعي .

إضافة إلى ذلك ، تقدم استمارة سلوك الطفل ونموذج المدرس نتائج وفقًا لثمانية مقاييس فرعية : منطوٍ ، ومشكلات جسمية ، وقلق / مكتئب ، ومشكلات اجتماعية ، ومشكلات عقلية ، ومشكلات انتباه ، وانحراف السلوك ، والسلوك العدائي . وقد طوّر آشنباك (Achenbach) أيضا مقياس تقدير للمراهقين : استمارة سلوك الطفل ـ الإفادة الذاتية للشباب . وهذا المقياس يشبه مقياس استمارة سلوك الطفل ونموذج إفادة المدرس من حيث محتوى المفردات وطبيعة المقياس الفرعي . فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار التشابهات البنائية فيما بين النماذج الثلاثة لاستمارة سلوك الطفل ، تكون مقارنة الأعراض من قبل المقدرين

سهلة المنال . هذا ويسهّل برنامج الحاسوب لمقدمي المعلومات المقارنة فيما بين المقدرين باستخدام مزيج من استمارة سلوك الطفل ونموذج إفادة المدرس واستمارة سلوك الطفل- الإفادة الذاتية للشباب .

٢ ـ نظام تقييم السلوك للأطفال

Behavior Assessment System for Children

يتكون نظام تقييم السلوك للأطفال من مقاييس التقدير للوالدين ومقاييس التقدير للمدرسين لثلاث فئات عمرية : مرحلة ما قبل المدرسة (٤ ـ ٥ سنوات)، مرحلة الطفولة (٦ ـ ١١ سنة) ، ومرحلة المراهقة (١٢ ـ ١٨ سنة) . إضافة إلى ذلك . فقد تم تطوير تقرير الشخصية الذاتي للأطفال ـ الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١١ سنة ـ وللمراهقين ـ الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ ـ ١٨ سنة . ويفضي كل نموذج عن معلومات تتعلق بمشكلات انفعالية وسلوكية (من مثل العدائية ، ومشكلات التصرف ، والحصر النفسي ، والكآبة ، والمشكلات التعلمية) ، وبالأداء التكيفي (من مثل المهارات الاجتماعية ، والمهارات الدراسية) ، إضافة إلى المؤشرات الواسعة المدى للمشكلات الخارجية والداخلية. وخلافاً لمقياس استمارة سلوك الطفل ومقياس ديفارو (Devereux Scale) للاضطرابات العقلية ـ والذي سيتم الحديث عنه في القسم التالي ، يقوّم نظام تقييم السلوك للأطفال مقياسين منفصلين لمشكلات الانتباه وفرط الحركة ، مما يفيد في تقييم الفئات الفرعية للدليل التشخيصي والإحصائي . وبسبب التشابه البنائي بين مقياس التقدير للمدرسين ومقياس التقدير للوالدين، فإن المقارنة بين صدق ودقة مقدمي المعلومات تكون متاحة بسهولة . كما تمتلك النماذج الثلاثة برمجيات لاستخراج النتائج .

٣ ـ مقاييس ديفارو للاضطرابات العقلية

Devereux Scales of Mental Disorders

يوفر مقياس ديفارو للاضطرابات العقلية مقاييس واسعة المدى ومقاييس

محدودة المدى تشبه تلك التي تخص مقياس استمارة سلوك الطفل ومقياس ديفارو للاضطرابات العقلية . وهناك نموذجان لمقاييس ديفارو للاضطرابات العقلية : الأول يشمل الأعمار من ٥ ـ ١٢ سنة ، أما الآخر فهو للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ ـ ١٨ سنة . ويستخدم مقياس ديفارو للاضطرابات العقلية نموذجاً موحداً لكل من الوالد والمدرس على الرغم من وجود معيارين منفصلين لكل مقدم معلومات . وتتوافر هناك برمجيات حاسوبية لتسهيل استخراج النتائج .

ب ـ المقاييس محدودة المدى لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للمشكلات السلوكية

Narrow-Range Measures of ADHD and Behavior Problems

هناك مقاييس تقدير محدودة المدى عديدة لتقييم مشكلات الانتباه ، وفرط الحركة ـ الاندفاعية ، والمشكلات الانفعالية والسلوكية ، والتي غالباً ما تكون مصحوبة مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ؛ وذلك بفرض تقييم مشكلات التفاعل الأسري والتي كثيراً ما ترتبط مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة.

ب / ١ / ١ ـ مقياس التقدير IV لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

ADHD Rating Scale - IV

تم تطوير هذا المقياس ليعكس أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كما هو مبين في الدليل التشخيصي والإحصائي . حيث أُخذت الفقرات في هذا المقياس مباشرة من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي ، غير أنه تمت إعادة الصياغة قليلاً لتحقيق غايتين : الاختصار والوضوح . فقد صُمّم هذا المقياس المكون من ثماني عشرة فقرة لكي يستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ ـ ١٨ سنة والتي يقدرها الوالدان والمدرسون . إضافة إلى ذلك ، تم إعداد نموذج ذاتي من هذا المقياس للمراهقين والراشدين الأكبر سناً .

ويُطلب من المستجيبين تقدير كل فقرة على مقياس ذي أربع نقاط من صفر (مطلقًا أو نادرًا) إلى ٣ (غالبًا جدًا) . ويُفضي مقياس التقدير IV لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى نتائج لكل من عجز الانتباه وفرط الحركة - الاندفاعية . وقد برهنت الكثير من الأبحاث على صدق وثبات هذه المقاييس . وقد تم جمع بيانات معيارية من نماذج الوالد والمدرس ضمن عينة محلية واسعة جدًا ، حيث صنفت وفقًا للمنطقة الجغرافية والأصل العرقي .

ب / ١ / ٢ - استبانات المواقف المنزلية والمدرسية

تسهم استبانة المواقف المنزلية لمقياس في إفادة الوالد حول تقييم مشكلات السلوك في ستة عشر موقفًا منزليًا (من مثل : لدى مشاهدة التلفاز ، ولدى الطلب بالذهاب للنوم) . أما استبانة المواقف المدرسية فهي مقياس يفيد المدرس في تقديم تقييم لمدى تكرار مشكلات السلوك وحدتها ضمن اثني عشر موقفًا مدرسيًا شائعًا (من مثل : خلال المحاضرات ، ووقت الغذاء) . ويطلب إلى مقدم المعلومات في كل موقف أن يشير فيما إذا كان الطفل يعاني من مشكلة سلوكية ، وإذا كان الأمر كذلك ، فيشير إلى مدى حدة المشكلة . وقد تم إثبات صدق وثبات هذه المقاييس . كما أن البيانات المعيارية لاستبانة المواقف المنزلية تعتبر متاحة للذكور والإناث على نحو منفصل عبر سن الرابعة إلى الحادية عشرة . أما البيانات المعيارية لاستبانة المواقف المدرسية فهي متاحة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١١ سنة . هذا وقد تم تعديل هذين المقياسين كي تستخدم مع المراهقين ، فهناك : نموذج إفادة الوالد، ونموذج الإفادة الذاتية المشكلات المنزلية ، ونموذج الإفادة الذاتية للمشكلات المدرسية . وتعتبر استبانة المواقف المنزلية واستبانة المواقف المدرسية مفيدتين جدًا في تحديد مدى عمومية وحدة مشكلات السلوك في المنزل وفي المدرسة . إضافة إلى ذلك ، قد يكون هذا المقياسان مفيدين جدًا في تحديد أهداف التدخل السلوكي

ب / ١ / ٣ - المقاييس الأخرى لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

تتوافر مقاييس عديدة ذات مرجعية معيارية لتقييم أعراض اضطراب عجز

الانتباه وفرط الحركة ، وربما يكون مقياس كونرز المنقّح للتقدير (Conners' Rating Sales - Revised) أكثر المقاييس استخداماً . يكون هذا المقياس من نماذج للمدرس والوالد ونموذج للإفادة الذاتية . ويحتوي أيضاً على مقياس جديد للأعراض وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي ، والذي يتوافق مباشرة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

أما المقياس الآخر الشائع الاستخدام فهو مقياس التقدير الشامل للمدرس (ADD - H) ، والذي يضم نموذجاً للوالد أيضا . ويقدم هذا المقياس النتائج وفقاً لعوامل أربعة : الانتباه ، وفرط الحركة ، والمهارات الاجتماعية ، والسلوك الاعتراضي . أما المقياس المعياري المتوافر في نموذجي الوالد والمدرس فهو مقياس التقييم لاضطرابات عجز الانتباه (ADDES) . يقدم هذا المقياس تقييماً منفصلاً لعجز الانتباه وفرط الحركة ـ الاندفاعية .

تساعد استمارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطراب المقاومة العدواني (ODD) ، كما هو معرّف في الدليل التشخيصي والإحصائي. ومما يجعل ذلك أداة مفيدة لتقييم أطفال مرحلة ما قبل سن المدرسة ذوي المشكلات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أنه يشتمل على بيانات معيارية مكثفة عن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن السادسة (انظر الفصل ١٢ لمزيد من المعلومات عن تشخيص أطفال ما قبل سن المدرسة) . أما بالنسبة للمقياس الجديد الآخر ، فهو مقياس المدرس التقديري التشخيصي لاضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة ، فقد تمت تقنينه كي يلائم الأطفال من الروضة إلى الصف الخامس . أما بالنسبة لتقييم المراهقين ، فتعتبر مقاييس براون Brown Sales لاضطراب عجز الانتباه مفيدة جداً . إذ تقيم هذه المقاييس الأبعاد المتفاوتة لاضطراب عجز الانتباه ، بما في ذلك إدامة الانتباه ، وإدامة المواظبة ، وتنظيم العمل ، والتحكم بالتأثير الانفعالي ، وتوظيف الذاكرة العملية .

ب / ٢ ـ المقاييس محدودة المدى للمشكلات الانفعالية

بما أن العديد من الأفراد ذوي المشكلات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غالبًا ما يظهرون صعوبات داخلية ، فمن المفيد إجراء تقييم للاعتداد بالذات ، والحصر النفسي ، والكآبة . وحيث إن مقاييس الإفادة الأبوية تعتبر مؤشرات أكثر ثباتًا للمشكلات الداخلية لدى الأطفال من مقاييس الإفادة الذاتية ، فقد تظل مقاييس الإفادة الذاتية تقدم معلومات إضافية وغير مطولة عن الاعتداد بالذات ، والحصر النفسي ، والكآبة .

ب / ٢ / ١ ـ المقياس متعدد الأبعاد للانطباع الذاتي

Multi - Dimensional self - Concept Sale

خلافًا للمقاييس العديدة التي تقيم الاعتداد بالذات كمفهوم كلي ، يُقيم المقياس متعدد الأبعاد للانطباع الذاتي مواقف الأطفال المتعلقة بأبعاد معينة للقيمة الذاتية . إذ يقيم هذا المقياس انطباعات الأطفال والمراهقين عن كفايتهم في ستة مجالات : المجال الاجتماعي ، ومجال الكفاءة ، والمجال الانفعالي ، والمجال الدراسي ، والمجال الأسري ، والمجال البدني . ويمكن تقييم كل مجال على انفراد عبر تطبيق أي من فقرات القياس الخمسة والعشرين . ويذكر أن المقياس متعدد الأبعاد للانطباع الذاتي وهو مقياس مقنن مع مقدار مقبول من الصدق والثبات قد تم تطويره للاستخدام مع الطلبة الذين هم في الصفوف الخامس إلى الثاني عشر .

ب / ٢ / ٢ ـ المقياس المعدّل للحصر النفسي للأطفال

Revised Children's Manifest Anxiety Scale

يعتبر المقياس المعدل للحصر النفسي للأطفال طريقة قياسية شائعة الاستخدام وحسنة التصميم للإفادة الذاتية . إذ صمم هذا المقياس المكون من ٣٧ فقرة من أجل استخدامه مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين

السادسة والسابعة عشر . حيث يطلب إلى المستجيبين الإجابة بـ « نعم » أو « لا » على كل واحدة من الفقرات . هذا وقد تم تقنين هذا المقياس على عينة كبيرة وأفرز نتائج تتعلق بالمؤشرات التالية : الحصر النفسي الفسيولوجي ، والقلق / فرط الحساسية ، والمشكلات الاجتماعية / مشكلات التركيز ، ومقياس الكذب ، والحصر النفسي الكلي . ويذكر أن هناك دليلاً يشير إلى أن الفقرات المتصلة بالقلق / فرط الحساسية قد تكون الأكثر دلالة على الحصر النفسي لدي الأطفال .

ب / ٢ / ٣ ـ مؤشر الكآبة للأطفال

Children's Depression Inventory

يعتبر هذا المقياس الأكثر استخداماً للإفادة الذاتية للكآبة لدى الأطفال كما أنه يعتبر مؤشراً على الكآبة لدى الأطفال . وهو عبارة عن استبانة تتكون من سبع وعشرين فقرة ، وقد تم تقنينه على نحو مكثف على الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين السابعة والسابعة عشر ، حيث يطلب إلى المستجيبين تقدير كل فقرة وفقاً لمقياس يتكون من ثلاث نقاط . ويفرز هذا المقياس مؤشراً كلياً على الكآبة إضافة إلى الجوانب التالية : الطبيعة السلبية ، والمشكلات البينشخصية وعدم الفعّاليّة ، والأنهدونيا (Anhedonia) ، والاعتداد السلبي بالذات . وتدل الأبحاث على أن المفردات المتعلقة بـ «الأنهدونيا » قد تكون الأكثر صلة بالكآبة لدى الأطفال .

ب / ٢ / ٤ ـ مؤشر بك للكآبة II

Beck Depression Inventory - II

إن المقياس الأكثر استخداماً للكآبة لدى المراهقين والراشدين الأكبر سناً هو مؤشر بك للكآبة ، والذي تم تطويره ليعكس صفات الكآبة كما هي واردة في الدليل التشخيصي والإحصائي . أما النموذج المنقح (II) من مؤشر بك للكآبة

فيتضمن معايير تمتد من سن الثالثة عشر إلى سن الرشد . ويذكر أن الصفات القياسية النفسية لمؤشر بك للكآبة (II) مقبولة جداً ، من مثل النموذج الأولي منه . ولا تقتصر فائدة هذا المؤشر على تقييم الكآبة لدى المراهقين والراشدين الأكبر سناً الذين يعانون من مشكلات متصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، لكن فائدته تتعدى ذلك إلى تحديد الوضع الانفعالي لوالدي الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وبما أن الكآبة الأبوية تؤثر في اعتبار الأطفال يعانون من عدد أكبر من المشكلات السلوكية وفقاً لمقاييس التقدير ، فقد تفيد معرفة الوضع الانفعالي للوالدين في تفسير نتائج مقاييس الإفادة الذاتية من قبل العياديين .

ب / ٣ ـ المقاييس محدودة المدى لعلاقات الأقران

يمكن تقييم مقدرة الطفل على الاندماج مع أقرانه باستخدام مقاييس إفادة ذاتية ، وإفادة الوالد ، وإفادة المدرس ، وإفادة القرين . من هنا ، تعتبر المقاييس التالية مفيدة في تقييم علاقات الأقران :

ب / ٣ / ١ ـ مقياس التقدير للمهارات الاجتماعية

Social Skills Rating Scale

يعتبر مقياس التقدير للمهارات الاجتماعية مقياساً حسن التصميم وواسع الاستخدام لعلاقات الأقران ، وهو يقيم الأداء الاجتماعي من زاوية الوالدين والمدرسين والأطفال . وقد تم إعداد نماذج منفصلة من أجل استخدامها مع الأطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة ، والأطفال في مرحلة المدرسة ، والمراهقين . ويقيس مقياس التقدير للمهارات الاجتماعية علاقات الأقران ضمن أبعاد خمسة : التعاون ، الجزم ، وضبط الذات ، والمشاركة الوجدانية ، والمسؤولية .

ب / ٣ / ٢ ـ تقديرات الأقران Peer Ratings

ينبغي أن يتضمن أي تقييم للأداء الاجتماعي معلومات مستقاة من الأقران،

متى كان ذلك ممكناً ، ويعود السبب في ذلك إلى أن الأقران يقدمون معلومات مختلفة عن تلك المقدمة من قبل الوالدين والمدرسين . وتكمن إحدى الوسائل المفيدة كما وصفها آشر (Asher) ودودج (Dodge) في الطلب إلى الطفل أن يقيّم مقدار رغبته للعب مع كل قرين في الصف وفقاً لمقياس يتكون من خمس نقاط (١ = « لا أحب أن ألعب معه » إلى ٥ = « أحب كثيراً أن ألعب معه »). ففي حين قد يجابه العياديون مشكلة في جمع هذه البيانات مباشرة ، فقد يتمكّن مرشد المدرسة من الحصول على هذه المعلومات بعد الحصول على موافقة الوالد .

ب / ٤ - المقاييس محدودة المدى للمشكلات الأسرية

يعاني معظم الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات كبيرة في التفاعل الأسري . إذ غالباً ما ينخرط الأشخاص المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في أنماط سلوكية تفضي إلى مستويات مرتفعة من الضغط الأسري ، مما يجعلهم بالتالي معرضين كثيراً لتأثيرات مشكلات العلاقة الأسرية. وتعتبر المشكلات الكبيرة للأسرة عاملاً رئيساً مساهماً في ظهور مشكلات انفعالية وسلوكية مصاحبة للاضطراب الأصلي لدى الأفراد الذين يعانون من عجز الانتباه والاندفاعيّة . من هنا ، يعتبر تقييم مشكلات التفاعل الأسري عنصراً مهماً في تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتتحدث الأقسام التالية عن عينة من المقاييس المتوافرة للعلاقة الأسرية:

ب / ٤ / ١ - مؤشر الضغط الأبوي **Parenting stress Index**

يعتبر مؤشر الضغط الأبوي مقياساً شائع الاستخدام لتقييم حدة الضغط الأبوي ومصادره . ويتكون هذا المقياس من ١٠١ فقرة ، ويعتمد على الإفادة من قبل الوالد. وهو يقيس الضغط في مجالين : الأول مجال الطفل والذي يعكس الضغط المتعلق بسمات الطفل ، من مثل فرط الحركة ، والكآبة ، وكثرة الإلحاح.

أما المجال الثاني فهو مجال الوالد ، والذي يعكس الضغط المتعلق بالمتغيرات من جانب الأب ، من مثل الكآبة ، والمشكلات الزوجية ، والمشكلات الصحية . وهناك مقياس اختياري تابع لمقياس الضغط الأبوي ألا وهو مقياس الضغط الحياتية (Life Stress) والذي يتكون من تسع عشرة فقرة يقيم مستوى الضغط خارج نطاق علاقة الوالد - الطفل والتي قد تؤثر على الأسرة (من مثل الطلاق ، والحمل ، ومشكلة تناول الكحول) . هذا وقد تم استخدام مؤشر الضغط الأبوي كثيراً في الممارسة العيادية والأبحاث ، مما أظهر أنه يتمتع بصفات قياسية كافية . ويتوافر هناك أيضا نموذج مختصر لهذا المقياس يتكون من ست وثلاثين فقرة .

ب / ٤ / ٢ - استمارة المشكلات **Issues Checklist**

تعتبر استمارة المشكلات طريقة لتقييم مسببات النزاع ومداه بين الوالدين والمراهقين ، حيث يستجيب الوالدون والمراهقون للمجموعة ذاتها المتكونة من أربع وأربعين مشكلة التي غالباً ما تؤدي إلى النزاع بين الوالدين والمراهقين (من مثل ، القيام بالواجبات البيتية ، واستخدام الهاتف ، وتشغيل الاستريو أو المذياع بصوت عال جداً) . ويشير المستجيب فيما إذا كانت قد تمت مناقشة كل موضوع أو مشكلة خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، ثم يشير إلى شدة الغضب المصاحب للموقف . وتفضي استمارة المشكلات إلى ثلاثة مؤشرات : عدد المشكلات المسببة للنزاع ، وشدة الغضب وفقاً لمتوسط عدد الفقرات الواردة؛ والشدة التأثيرية للغضب وفقاً لناتج عدد المشكلات المسببة للنزاع وشدة الغضب . وتتمتع هذه االطريقة بثبات مقبول أثناء الاختبار وإعادة الاختبار بالنسبة للأمهات ، غير أن ثباتها متدن عند المراهقين والوالدين . وقد تكون هذه الاستمارة مفيدة جداً من ناحية عيادية في تحديد المواضيع المسببة للنزاع بين الوالدين والمراهقين .

ب / ٤ / ٣ ـ مقياس التكيف الزوجي **Dyadic Adjustment Scale**

يعتبر مقياس التكيف الزوجي مقياساً شائع الاستخدام لقياس القناعة الزوجية . وتكمن حسنة هذا المقياس مقارنة مع المقاييس الأخرى من النوعية ذاتها ، في خلوه من الفقرات التي قد تعتبر تطفلية أو مزعجة . ويقيم هذا المقياس أربعة عوامل : الاتفاق الزوجي ، والتلاحم الزوجي ، والقناعة الزوجية ، والتعبير الوجداني . وتعتبر الصفات القياسية لهذا المقياس مبشرة . وعلى الرغم من افتقاره إلى بيانات معيارية مكثفة ، تتوافر منه إرشادات مفيدة لتفسير النتائج .

تفسير وتحليل نتائج مقاييس التقدير

يواجه العياديون بطبيعة الحال تحديات عديدة لدى تفسير النتائج . من هنا تعرض الأقسام الفرعية التالية بعض الإرشادات لمعالجة عدد من أكثر جوانب التفسير شيوعاً :

١ ـ اختيار نتائج حدية **Selecting Cutoff Scores**

يعتمد اختيار النتائج الحدية في مقاييس التقدير على الهدف من التقييم . فإذا كان الغرض الأساس من إجراء تقييم هو الفرز والتصنيف ، فيجدر اختيار نتيجة حدية تزيد من الكشف عن الإجابات الإيجابية الصحيحة . فالنتيجة الحدية المساوية لـ ٨٠ ٪ وفقاً لمقاييس التقدير التي تقيس عجز الانتباه وفرط الحركة ـ الاندفاعية تعتبر مفيدة في أغلب الأحيان للفرز والتصنيف . أما إذا كانت مقاييس التقدير تستخدم لغرض التقييم التشخيصي ، فيجدر تقليل نسبة الإجابات الإيجابية الخاطئة ، أي نسبة الأفراد الذين يقعون ضمن القيمة الحدية أو أقل منها والذين لا يعانون من اضطراب . من هنا ، فإن النتيجة الحدية المساوية لنسبة ٩٣ ٪ ، أو ٩٥ ٪ ، أو ٩٨ ٪ أو أكثر غالباً ما تكون مفيدة للأغراض التشخيصية .

ويعتمد اختيار قيمة حديّة مناسبة أيضا على مدى استخدام مقدمي معلومات متعددين للتوصل إلى قرار عن الحالة التشخيصية . وفي حين لا يوصى ببناء القرارات التشخيصية على معلومات مستقاة من مقدم معلومات وحيد ، يوصى عادة بوضع قيمة حديّة صارمة (من مثل ٩٥ ٪ أو ٩٨ ٪) في الحالات التي لا تتوافر فيها بيانات من عدة مقدمي معلومات . وفي حالة توافر بيانات من اثنين أو أكثر من مقدمي المعلومات من بيئات مختلفة (من مثل الوالد والمدرس) ، تكون الدقة التشخيصية أفضل ما يمكن عند القيم الحدية الأدنى بعض الشيء (من مثل ٨٥ ٪ أو ٩٠ ٪) في كل مقياس . إذ أن جعل القيم من كل مقدمي المعلومات أكبر من نسبة ٩٣ ٪ أو ٩٥ ٪ أو ٩٨ ٪ أو تساويها سيفضي إلى الإخفاق في تشخيص العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

٢ ـ التوفيق بين تباينات النتائج فيما بين مقدمي المعلومات

يختلف مقدمو المعلومات على نحو متكرر في تقديراتهم للمشكلات الانفعالية والسلوكية للطفل . فعلى سبيل المثال ، غالبًا ما يختلف الوالدون والمدرسون في تقديراتهم لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وكذلك الحال بالنسبة للأمهات والآباء . إذ قد تنشأ الفروقات في تقديرات الوالد والمدرس بسبب التباينات في سلوك الطفل في بيئة المنزل وبيئة المدرسة ، أو بسبب الاختلافات في وجهات نظر مقدمي المعلومات للسلوك الطبيعي والسلوك غير الطبيعي . وعندما يختلف مدرس ووالد على نحو ملحوظ في تقديراتهما ، فإن إحدى استراتيجيات التوفيق بين تقديرات الطرفين تكمن في الحصول على تقديرات من الوالد الآخر ومن مدرسين مختلفين لتحديد فيما إذا كانت هناك وجهة نظر مشابهة لأي من الطرفين . مثلاً ، إذا كان مدرسو الطفل الثلاثة يعتبرونه مفرطًا جدًا في الحركة ، بينما يعتقد الوالدان بأن الطفل هادئ نسبيًا . بالتالي ، من المنطقي أن نفترض أن مردّ هذا التباين يعود إلى الفروقات في التوفيق بين

سمات الطفل والمتطلبات البيئية . والافتراض الآخر يكمن في عدم رغبة كلا الوالدين في اعتبار سلوك طفلهما النشط على أنه سلوك غير طبيعي . يشيع الاختلاف فيما بين المدرسين أنفسهم ، وكذلك الحال بالنسبة للأب والأم ، فيما يتصل بتقديراتهم لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد يكون مزد هذه التباينات عائداً إلى الفروقات في طريقة سلوك الطفل مع كل راشد ، أو الفروقات في معايير مقدمي المعلومات لتقييم السلوك الطبيعي . وفي هذه الحالات ، من المفيد شمول كلا الوالدين لدى إجراء المقابلة ، وكذلك إجراء مناقشة هاتفيّة قصيرة مع واحد أو أكثر من المدرسين . وغالباً ما تكون المقابلة مفيدة جداً في تحديد المعايير التي يستخدمها مقدمو المعلومات للخروج بقرارات عن حدة أعراض الطفل .

وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي ، ينبغي أن يُبْدي الطفل مستوى كبيراً من الخلل الوظيفي في اثنتين أو أكثر من البيئات الحياتية الرئيسية كي يتم التمكن من تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديه . وهذا المعيار يعني في أغلب الأحيان وجوب إظهار الطفل لخلل وظيفي في كل من المنزل والمدرسة ، في حين أن الدليل التشخيصي والإحصائي لا يشترط حصول الخلل في المنزل والمدرسة لإكمال التشخيص . إذ أنه من الممكن أن يحقق الطفل معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى إظهاره خللاً وظيفياً في كلتا البيئتين الدراسية والاجتماعية خاصة ضمن بيئة المدرسة في الحالات التي لا يكون فيها خلل كبير ضمن بيئة المنزل . وفي الحالات التي يعتبر فيها المدرسون الطفل بأنه يعاني من مستوى كبير من عجز الانتباه و / أو فرط الحركة بينما لا يشاطرهم ذلك الوالدان ، تكون هناك أهمية خاصة كبيرة للحصول على معلومات عن الطفل في مواقف متعددة ضمن بيئة المدرسة . إضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يأخذ العياديون بعين الاعتبار إمكانية مساهمة المشكلات التعلمية في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

وعلى نحو مماثل ، عندما يُبلغ الوالدان عن تزايد كبير في الأعراض ، في حين ينفي المدرسون ذلك ؛ يصبح من الضروري إثبات الخلل الوظيفي في اثنتين أو أكثر من البيئات خارج المدرسة . ويجدر في الوقت ذاته الأخذ بعين الاعتبار إمكانية مساهمة المشكلات المتعلقة بعوامل الضغط في الأسرة وبالمهارات الأبوية في السلوكات المشابهة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

٣ ـ تحليل مقاييس التقدير لدى الأطفال ذوي الإعاقات التطورية

يُطلب إلى العياديين في بعض الأحيان تقييم فيما إذا كان طفل ما يعاني من تأخر تطوري أو تخلف عقلي يحقق معايير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ففي حين يوصي الخبراء عادة بتقييم نتائج مقاييس التقدير لطفل ذي تأخر تطوري وفق علاقة هذا الطفل مع أقرانه من العمر العقلي ذاته ، لم تدعم الدراسة الوحيدة التي أجريت في هذا الميدان الممارسة المتصلة باستخدام مقاييس التقدير بهذه الطريقة . إذ بينت هذه الدراسة أن استخدام المعايير المعتمدة على العمر الزمني تعتبر طريقة أكثر دقة من استخدام المعايير المبنية على العمر التطوري . وعلى الرغم من الحاجة لمزيد من الأبحاث في هذا المجال، يوصى العياديون بإجراء مقابلات للوالدين على نحو دقيق لتحديد مفهومهم لإعاقة الطفل ومدى تفسيرهم للتأخر التطوري للطفل لدى إكمالهم التقديرات . وفي الحالات التي يتضح فيها اعتبار الوالدين المشكلات التطورية للطفل عاملاً مساهمًا ضمن تقديراتهم لسلوك الطفل ، يكون استخدام المعايير المعتمدة على العمر الزمني أكثر ملاءمة على وجه العموم . من جانب آخر ، في الحالات التي لم يفسر الوالدان فيهما إعاقة الطفل لدى إكمالهم التقدير ، فقد يكون استخدام المعايير المبنية على العمر التطوري أكثر دقة .

إضافة إلى ذلك ، يعتبر تحليل مقاييس التقدير التي أكملها مدرسو التربية الخاصة عملية معقدة . ويعود السبب في ذلك إلى احتمالية عدم وضوح فيما إذا كان المدرس قد قيم الطفل وفقًا لعلاقته مع أطفال طبيعين من مثل عمره الزمني،

أو أنه قد قارن الطفل مع أقران ذوي مشكلات تطورية . وغالبًا ما يكون من المفيد جمع بيانات مقاييس التقدير من مدرس يُدرِّس الطفل في مدرسة نظامية إن أمكن . إضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يسعى العيادي إلى الاجتماع مع مدرس التربية الخاصة لتحسين فهمه لسلوك الطفل داخل الصف ولمعرفة التوجه الذي يتبناه المدرس في تقييم الطفل .

فيما يلي قائمة بمزايا مقاييس التقدير :

١ - سهلة الاستخدام : من السهل تطبيق مقاييس التقدير ، وتسجيل النتائج، وتحليلها . إضافة إلى ذلك ، تتوافر هناك برمجيات حاسوب لتسهيل عمليتي استخراج النتائج وتحليلها للعديد من هذه الاستمارات . إذ يمكن استخراج النتائج للمقاييس واسعة المدى خلال عشر دقائق تقريبًا ، أما المقاييس محدودة المدى فيمكن استخراج نتائجها في أقل من خمس دقائق .

٢ - تستخدم عدة مقدمي معلومات : تم تطوير العديد من مقاييس التقدير من أجل استخدامها من قبل مختلف مقدمي المعلومات بمن فيهم الوالدين والمدرسين والذات ، مما يتيح إجراء التقييم المطلوب ضمن المواقف المتباينة.

٣ - صادقة وفقا للجانب البيئي الحيوي : يمكن لمقاييس التقدير بحكم طبيعتها أن تستكمل من قبل مستجيبين على دراية بأداء الطفل أو المراهق أو الراشد في المواقف الطبيعية . وفي المقابل ، قد لا تكون المقاييس العيادية دالة على كيفية استجابة شخص في بيئة طبيعية .

٤ - ذات مرجعية معيارية : تم تقنين العديد من مقاييس التقدير للذكور والإناث من مختلف المستويات العمرية . وقد تم في بعض الحالات تقنين المقاييس وفقًا لعينات معيارية كبيرة ، وتم وتصنيفها استنادًا للمناطق الجغرافية والأصول العرقية . وتتيح مرجعية المعيار تحديد حدة المشكلة وفقًا للأقران من نفس العمر والجنس .

٥ - سليمة من الناحية القياسية : تفرز مقاييس التقدير الرئيسة ، خصوصاً المقاييس واسعة المدى نتائج تتمتع بالثبات النسبي مع مرور الزمن . من جانب آخر ، تتمتع معظم المقاييس بانسجام فيما بينها .

٦ - مفيدة لملاحظة مستوى الأداء : يمكن إجراء مقاييس التقديم مراراً لتقييم التغيرات في الأداء وفقاً للتدخل العلاجي .

فيما يلي قائمة بقيود مقاييس التقدير :

١ - معرّضة لتحيز المقدر : غالباً ما تتباين التقديرات على نحو كبير جداً وذلك بناءً على رأي المستجيب الذي يكمل المقياس . فعلى سبيل المثال ، ليس مستغرباً أن يكون تقدير أحد المدرسين لطفل مختلفاً جداً عن تقدير مدرس آخر. ففي حين قد تشير الفروقات إلى وجود تباينات محتملة في السلوك عبر البيئات ، هناك أدلة قوية تثبت اختلاف معايير المقدرين لدى تقرير وقت حدوث المشكلة ومدى حدتها . إضافة إلى ذلك ، وجد أن المستجيبين ينزعون إلى اعتبار الأطفال يعانون من فرط الحركة في الوقت الذي يُظهر هؤلاء الأطفال ميولاً للسلوك على نحو عرضي . علاوة على ذلك ، يرتبط شعور الأم بالكآبة بنزعتها نحو المبالغة في تقدير المشكلات الخارجية والداخلية لطفلها .

٢ - قاصرة في مجال التنبؤ التشخيصي : تعتبر مقاييس التقدير مفيدة لتحديد حدة المشكلات المتعلقة ببعد معين ، غير أنه غالباً ما يصعب استخدام هذه المقاييس للتقييم التشخيصي . ويتم حالياً إجراء بحوث لتحديد قيم حديّة معينة لمقاييس التقدير من أجل تقرير وجود اضطراب أو عدمه . لكن مازالت هذه المعلومات غير ميسّرة بسهولة في الأدلة الإرشادية لمقاييس التقدير عموماً .

٣ - محدودة الفائدة في التخطيط العلاجي السلوكي : تعتبر مقاييس التقدير مفيدة في الكشف عن طبيعة وحدة المشكلات الانفعالية والسلوكية ، غير

أنها لا تقدم بطبيعتها معلومات مفصلة عن البيئة ، بما في ذلك بيانات عن الأحداث السابقة للسلوك وعواقبه . إذ أن جمع المعلومات عن الأحداث التي تسبق المشكلات السلوكية وتتبعها قد يكون مفيداً جداً في التخطيط العلاجي . فالأساليب التطبيقية لتحليل السلوك ، بما فيها طرق إجراء المقابلات ووسائل الملاحظة المباشرة ، هي بمثابة رافد مفيد لمقاييس التقدير من خلال شرحها للتفسيرات الممكنة لمشكلات السلوك مما يفضي إلى الخروج بمقترحات للتدخل السلوكي .

٤ ـ حساسيتها للفروقات الثقافية تعتبر موضع تساؤل : لقد تم تطوير العديد من مقاييس التقدير ـ وطرق إجراء المقابلات المنظمة لهذه الغاية ـ دون اهتمام للتباين المحتمل لكيفية اختلاف مفاهيم ، من مثل فرط الحركة واللغة المستخدمة لوصفها ، وذلك في ضوء الفروقات الثقافية والعرقية . علاوة على ذلك ، لا يتم في أغلب الأحيان وصف العينات التي اشتقت منها بيانات معيارية بتفصيل كاف لتحديد فيما إذا كان مقياس التقدير ملائماً للاستخدام مع أفراد ينتمون إلى خلفية عرقية أو اجتماعية ـ اقتصادية معينة .

ففي غياب هذه المعلومات ، يحتمل أن يلجأ العياديون إلى استخدام مقاييس تقدير على نحو متحيز ثقافياً . وإلى أن تجرى المزيد من الأبحاث لدعم الممارسة العيادية في هذا الميدان ، يتوجب أن يحرص العياديون على استخدام مقاييس تقدير لاتخاذ قرارات تشخيصية عن الأطفال الذين ينتمون إلى أقليات عرقية ، خصوصاً أولئك الخاضعين لظروف اجتماعية ـ اقتصادية متدنية . ففي هذه الحالات ، يكون لإجراء مقابلة هاتفية مع المدرس وإجراء مقابلة شاملة مع الوالدين أهمية خاصة .

طرق الملاحظة المباشرة

يكمن الاتجاه الآخر في تقيم السلوك والذي غالباً ما يتبناه اختصاصيو علم النفس والتربويون في إجراء ملاحظة مباشرة ومنظمة للسلوك . فطرق الملاحظة

مفيدة على وجه الخصوص في تقييم الأطفال في المدرسة . ومن المفيد عموماً ملاحظة الأطفال في أوقات مختلفة وفي بيئات مختلفة بما في ذلك الصفوف والملعب ، وذلك للخروج بفهم شامل لصعوبات الطفل . إضافة إلى ذلك يمكن إجراء الملاحظات على الأقران لغاية المقارنة المعيارية . وتقدم ملاحظات السلوك بيانات عن طبيعة مشكلات الطفل وحدتها ، كما تقدم معلومات عن المواقف أو العواقب التي تفاقم المشكلات السلوكية والأكاديمية أو تخفف منها وتلطفها . هذا وقد تم تطوير أنظمة ترميز تمكن العياديين من إجراء ملاحظات تتمتع بالصدق والثبات .

وعلى الرغم من القيمة العظيمة لملاحظات السلوك ، فإنها تستغرق وقتاً طويلاً ، وغالباً ما تكون غير عملية لاستخدام العياديين . وتتضمن عيوبها الأخرى الافتقار إلى معايير نموذجية ، إضافة إلى التأثير على سلوك الطالب بسبب إدراكه عند إجراء الملاحظة عليه . من هنا ، تظل المقابلات المنظمة وغير المنظمة ومقاييس التقدير للسلوك أجدى عموماً لاستخدام عياديي الرعاية الأولية.

الخلاصة

يجب أن يستهل مقدمو الرعاية الأولية الذين يريدون إجراء تقييم لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إجراء مقابلة للوالدين والطفل وجمع بيانات مقياس التقدير . وينصح بالحصول على معلومات مقياس التقدير من كل من الوالدين والمدرسين . وقد تكون مقاييس التقدير واسعة المدى مفيدة جداً إذا ما اقترنت بمقاييس التقدير التي تركز على اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، وذلك على الرغم من أن إجراءها واستخراج نتائجها يتطلبان وقتاً أطول. أما بالنسبة للأطفال الأكبر سناً ، فإن مقياس الإفادة الذاتية واسع المدى يعتبر مفيداً أيضاً . فإذا ما أشارت هذه المعلومات إلى وجود صلة أساسية بين هذه المشكلات وعجز الانتباه و/ أو فرط الحركة - والاندفاعية ، وإذا ما حقق الطفل معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ،

وإذا ما عجزت التقييمات الطبية والتربوية عن الإشارة إلى وجود تفسيرات أخرى للأعراض (انظر الفصل الأول والثالث) ، فقد يتمكن مقدم الرعاية الأولية من إجراء تشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة دون الحاجة لمزيد من الاستشارة . من جهة أخرى . إذا ما أشارت بيانات المقابلة إلى وجود مشكلات كبيرة في المهارات الدراسية ، أو أداء الأقران ، أو التفاعل الأسري ، أو الأداء الانفعالي ؛ تدعو الحاجة بالتالي إلى إجراء تقييم أكثر شمولاً . وقد يلجأ مقدم الرعاية الأولية البارع في تقييم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى استخدام مقاييس تقدير وطرق إجراء مقابلة إضافية وذلك لتقييم الموقف على نحو مستفيض . وفي المقابل ، قد يرغب العيادي في إحالة الأسرة إلى اختصاصي الصحة النفسية أو إلى برنامج متخصص يمكنه أن يوفر تقييمًا أكثر شمولاً .

وينبغي على الاختصاصين أو البرامج الخاصة في الوضع النموذجي استهداف تحقيق الأهداف التالية لدى إجراء التقييمات :

١ ـ إن لاستخدام مقاييس تصنيفية وبُعدية للمقابلات المنظمة ومقاييس التقدير إيجابيات وسلبيات . من هنا ، يبدو أن الخلط بين كلا الطريقتين سيكون أكثر فعّالية من استخدام أي منها بمفرده . وقد أثبتت الدراسات التي أجريت على الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أهمية تكامل المقابلات المنظمة ومقاييس التقدير مما يفرز معلومات قيمة لعملية اتخاذ القرار العيادي لدى استخدامهما معًا .

٢ ـ استخدام عدد من مقدمي معلومات : بما أن السلوك يميل إلى التقيّد بوضعية الموقف ، فيجدر الحصول على معلومات عن كيفية أداء الفرد في بيئات متنوعة . ويعتبر المدرسون مصدرًا ممتازًا للمعلومات عن السلوك في المدرسة ، أما الوالدان فتكمن أهميتهم في تقديم خلفية معلوماتية عن الأداء في المنزل . علاوة على ذلك ، قد يكون الأفراد الذين هم في مرحلة ما قبل

المراهقة والأفراد الأكبر سناً مفيدين في تقديم معلومات عن أدائهم في بيئات مختلفة .

٣ ـ تقييم مجالات متعددة : لأن الأفراد الذين يعانون من عجز الانتباه و/أو الاندفاعية غالبًا ما يعانون أيضا من صعوبات خارجية وداخلية مصاحبة ، إضافة إلى مشكلات في العلاقات مع الأسرة والأقران ، فإنه يتوجب أن يتضمن تقييم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مجالات متعددة للأداء النفسي الاجتماعي . وفي حين تقدم المقاييس واسعة المدى تقييماً لميادين عديدة من الأداء السلوكي والانفعالي ، فكثيراً ما تدعو الحاجة إلى رفدها بوسائل محدودة المدى و/أو مقابلات منظمة .

٤ ـ ضرورة اختيار مقاييس ملائمة من الناحية التطوّريّة : ينبغي أن يختار العياديون مقاييس تتضمن لغة مناسبة للمرحلة التطوريّة للطفل بحيث تكون مقننة وأثبتت جدواها علي عينة من أفراد ذوي أعمار متشابهة ومستوى تطوري مشابه بالنسبة للفرد المعني . فعلى سبيل المثال ، تعتبر المقاييس العديدة التي تم تطويرها من أجل استخدامها مع الأطفال في مرحلة المدرسة غير ملائمة لاستخدامها مع أطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة أو مع الراشدين .

٥ ـ السعي لإجراء تقييم يتمتع بالحساسية الثقافية : ينبغي أن يجمع العياديون بيانات التقييم ، وأن يحللوا هذه المعلومات على نحو يتمتع بالحساسية فيما يتعلق بالخلفية العرقية والثقافية للفرد المعني وأسرته .

الفصل الثالث

التقييم التفسيري للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل الثالث

التقييم النفستربوي للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

تظهر الأغلبية العظمى من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه / وفرط الحركة مشكلات في الأداء الأكاديمي . تتضمن مشكلاتهم الأكاديمية وجود مواطن عجز في مهاراتهم التعلمية ، وتدني نسب إتمام المهمات والدقة في الأداء ، ومشكلات في أداء الواجبات المنزلية ، وضعف التحصيل في المدرسة ، والرسوب ، والإحالة إلى برامج التربية الخاصة ، وأخيراً التسرب من المدرسة . كما أن ما نسبته ٢٥ ٪ من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يحققون معايير التصنيف لواحدة أو أكثر من الصعوبات التعلمية المحددة، بما فيها اضطرابات القراءة والرياضيات والكتابة . من هنا ، يتطلب تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تقييماً للمشكلات التعليمية . وينبغي أن يتضمن هذا التقييم تحديداً لنوع وشدة مواطن عجز الطفل الأكاديمية ، وكشفاً عن المتغيرات التعليمية التي قد تعوق التقدم الأكاديمي ، وشرحاً للتدخلات الممكنة التي يمكن أن تعزز وتنمي النجاح الأكاديمي . وما من شك أن تقييم المشكلات الأكاديمية يعتبر ضرورياً لتقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أنه غالباً ما يعتقد أن إجراء تقييم نفستربوي شامل يعتبر أمراً غير ضروري . من هنا ، يهدف هذا الفصل إلى وصف إجراءات التقييم النفستربوي من أجل تقييم الصعوبات التعلمية وتقرير تدخلات أكاديمية مفيدة . إضافة إلى ذلك، يقدم هذا الفصل إرشادات لتحليل نتائج التقييمات النفستربوية، ويناقش فائدة المقاييس العيادية لتقييم مشكلات الانتباه والتحكم بالاندفاعية .

فائدة التقييم النفستربوي

قد يكون التقييم النفستربوي مفيداً لوصف مواطن العجز في المهارات ، وفي استنباط فرضيات عن العوامل التي تسهم في المشكلات الأكاديمية ، وفي إعداد خطط للتدخل العلاجي . وفيما يلي مناقشة لفائدة التقييم النفستربوي :

١ ـ الكشف عن مواطن العجز في المهارات

تعتبر المقاييس المعيارية المرجع للتحصيل من أكثر إجراءات التقييم شيوعاً لتحديد مواطن العجز في المهارات الأكاديمية ، حيث يقارن عادة أداء الطفل وفق هذه المقاييس مع أداء الأطفال من مثل سنه و/أو صفّه ، وكذلك مع نتيجته وفقاً لقياس مستوى الذكاء (IQ) ، وذلك لتحديد فيما إذا كان لديه موطن عجز في المهارات . وتتوافر هناك اختبارات ثانوية لتقييم مجموعة من المهارات ، بما فيها التمييز والاستيعاب القرائي ، والحساب الرياضي ، والتطبيقات الرياضية ، والتهجئة ، والاستخدام اللغوي ، واللغة الكتابية . ويمكن إجراء هذه المقاييس على شكل مجموعات أو على نحو منفصل في أغلب الأحيان . وتعتبر مجموعات الاختبارات الفردية ، من مثل اختبارات وتشلر الفردية للتحصيل (Wechsler Individual Achievement Tests) واختبارات وودكوك ـ جونسون للتحصيل (Woodcock - Johnson Tests of Achievement) أفضل من الاختبارات الجماعية للأطفال المصابين بمشكلات الانتباه ، وذلك بسبب الصعوبات التي يواجهها الأطفال الذين يعانون من عجز الانتباه في الإصغاء للتعليمات ، وتجنب المشتتات ، والمواظبة لفترات طويلة من الوقت ضمن مجموعات كبيرة .

إضافة إلى ذلك ، تعتبر الأساليب البديلة ، من مثل إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج مفيدة في تقييم مواطن العجز في المهارات الأكاديمية . وتضمن هذه الأساليب التوافق الدقيق بين ما يتم قياسه والتوقعات المتعلقة بالمنهاج داخل الحجرة الصفية . واستناداً التقييم المعتمد على المنهاج ، يتم تقييم الأطفال وفقاً لمعايير الأداء الموضوعة ، ووفقاً للأبحاث التي حددت على نحو مناسب المادة

المنهجية المعنية وذلك عوضاً عن الاعتماد على مقاييس معيارية . وتعتبر إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج مفيدة لتحديد مستوى التعليم الأفضل في القراءة والرياضيات والكتابة والتهجئة ، بالنسبة للطفل .

٢ ـ الكشف عن العوامل التعليمية المساهمة أو المؤثرة

تسهم عوامل متنوعة بما فيها ضعف الطفل الأساسي في واحد أو أكثر من ميادين المهارات في إحداث مواطن العجز في المهارات الأكاديمية . مثلاً، وجد أن أحد العوامل المؤثرة في الأداء الأكاديمي يتمثل في مقدار الوقت الذي يقضيه الأطفال منخرطين بفعّاليّة في التعليم ـ والذي يُطلق عليه مصطلح «الوقت المشغول بفعّاليّة» (Active Engaged Time) من مثل الوقت الذي يقضونه في القراءة الجهرية ، أو المشاركة في الصف ، أو أداء عمل كتابي . ويعتمد الوقت المشغول فيه الطفل بفعّاليّة على :

أ ـ عدد الفرص التي يتيحها المدرسون للطلبة للاستجابة بفعّاليّة .

ب ـ مدى استفادة الأطفال من هذه الفرص .

وفي واقع الحال ، يُكرس ما يقل عن ١٥٪ من اليوم الدراسي للنشاطات التي تجعل الأطفال يستجيبون بفعّالية للتعليم ، أما ما تبقّى من الوقت فيتم قضاؤه في تنظيم الحجرة الصفية ، وإدارة السلوك ، والاستجابة السلبية للتعليم من مثل الإصغاء للمدرس ، أو النظر إلى السبورة . وفي حين قد تكون هذه النسبة من الاستجابة الفاعلة للتعليم كافية للمتعلمين الأكفاء ليتماشوا مع التوقعات الصفية ، فهي في ذات الوقت غير كافية للأطفال ذوي الصعوبات الأكاديمية بمن فيهم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. علاوة على ذلك ، لا يستفيد الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عموماً من فرص الاستجابة النشطة ، وذلك بسبب تدني نسب سلوكهم الذي يدل على المواظبة على المهمة وانخفاض إنتاجية العمل لديهم بالنسبة

لأقرانهم.

من هنا ، فقد تم تطوير أساليب ملاحظة صفية لتقييم مستوى الأطفال المتعلق بالمشاركة النشطة والمتغيرات التعليمية ، من مثل المواد المنهجية واستراتيجيات التدريس التي تؤثر في مقدار التعليم المقدم ونوعيّته . إضافة إلى ذلك ، قد تكون مقاييس إفادة المدرس مفيدة في الكشف عن المتغيرات التعليمية. من جانب آخر ، تعتبر مقاييس الإفادة الأبوية مفيدة لتقييم المشكلات المتصلة بالواجبات المنزلية .

٣ ـ التخطيط للتدخل العلاجي

يكمن الهدف النهائي من التقييم النفستربوي في إعداد برامج وتدخلات تفضي إلى تقدم أكاديمي ، إذ بمقدور المقاييس محكيّة المرجع أن تحدد ميادين المهارات التي تتطلب تدخلاً . أما إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج فهي مفيدة للتحديد السليم للمواد التعليمية التي تشكل تحدياً . وقد استخدمت أساليب التقييم المعتمد على المنهاج بكثافة أيضا للمراقبة المستمرة للتقدم الأكاديمي ولتقييم فعّالية التدخلات التربوية . وبمقدور التقييم لنسب المشاركة النشطة والسلبية في التعليم أن يحدّد السلوكات المستهدفة لدى الطالب (من مثل ، السلوك خلال المهمة في التعليم ، ونسب إتمام المهمات ، ونسب صحّة إتمام المهمة) التي تستحق تدخلاً . من هنا ، تم الخروج بتدخلات سلوكية ناجحة ، من مثل التعزيز الإيجابي وحجب المعززات (Resopnse Cost) ، وأساليب الإدارة الذاتية لتحسين هذه السلوكات المستهدفة (انظر الفصل السادس) . أضف إلى ذلك أن تقييم البيئة الصفية وأسلوب المدرس قد يفرز معلومات مفيدة لدى التشاور مع المدرسين بشأن طرق تحسين التعليم ومخرجات الطلاب .

مستويات تقييم المشكلات الأكاديمية

بسبب التباين الكبير بين الأطفال ذوي المشكلات المتعلقة باضطراب عجز

الانتباه وفرط الحركة من حيث مشكلاتهم الأكاديمية ، وبسبب كون التقييم النفستربوي يستغرق وقتًا طويلاً ويعتبر مكلفًا وفي بعض الحالات متعذرًا ؛ فلا يوصى بإجراء تقييم نفستربوي شامل لكل الأطفال المتوقع إصابتهم باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أن استخدام عملية تقييم متعددة المراحل يعتبر طريقة أكثر فعّاليّة وعملية لتلبية الحاجات الأكاديمية لهؤلاء الأطفال . ويتضمن التقييم متعدد المراحل مبدئيًا عملية الكشف و/أو تقييمًا نفستربويًا مقتضبًا وعندما يُظهر الأطفال مشكلات كبيرة خلال عملية الكشف أو التقييم المقتضب ، تكون الإحالة إلى تقييم شامل أمرًا مبررًا .

١ ـ الكشف Screening

يستطيع الاختصاصي أو العيادي ، في أغلب الأحيان ، إجراء عملية الكشف عن المشكلات الأكاديمية في بيئته العيادية . حيث يتكون الكشف من تكليف مدرس الطفل ووالديه بتعبئة استبانات مقتضبة . إذ يُطلب من المدرسين تقديم معلومات عن مهارات القراءة والرياضيات والكتابة ، وكذلك عن مشكلات أداء الواجبات المنزلية . ففي ميداني القراءة والرياضيات ، يُبْلغ المدرسون عن كيفية أداء الطفل في المنهاج بالنسبة لزملائه . وفي ميداني الرياضيات والفنون اللغوية، يُبلغ المدرسون عن نسبة العمل الذي يتم إكماله وأداؤه على نحو سليم . من هنا، غالبًا ما يشير التحصيل الأكاديمي الأقل كثيرًا من مستوى الطالب المتوسط في الصف و/أو نسب إتمام العمل والصحة الأقل بنسبة ٨٠ ٪ إلى وجود مشكلة.

أما الوالدان فيطلب إليهما تقدير حدة المشكلات التي يواجهانها أو يواجهها طفلهما في أغلب الأحيان في أداء الواجبات البيتية ، إضافة إلى تأثير مشكلات الواجبات المنزلية على علاقة الوالدين بالطفل . إضافة إلى ذلك ، يطلب منهما تقدير مدّة الوقت الذي يستغرقه الطفل في العمل في كل مهمة رئيسة ، ونسبة العمل المنجز في كل ميدان من ميادين المهارات ، وجودة الواجب المنزلي المنجز.

إذ يمكن للعيادي أن يستخدم هذه المعلومات لتحديد مواطن العجز الممكنة في المهارات وكذلك لتحديد السلوكات التي ينبغي استهدافها للتدخل الأكاديمي والسلوكي.

وقد لا تكون المعلومات المستقاة من عملية الكشف من مثل هذه كافية لتحديد الحاجة لتقييم شامل؛ غير أن هذه المستوى من التقييم قد ينبه الوالدين والاختصاصيين التربويين من أن الطفل يعاني من مشكلات أكاديمية تتطلب تدخلاً ومزيداً من التقييم. بالتالي، يستطيع العيادي تقديم الإرشاد للوالدين بشأن كيفية التعامل مع الحاجة الأكاديمية لطفلهما على نحو فعال ولائق. فعلى سبيل المثال، إذا ما دلت عملية الكشف على وجود مشكلات لدى الطفل يستطيع العيادي حينئذ حث الوالدين على طلب إحالة الطفل إلى فريق دعم الطلاب (Students Support Team) التابع للمدرسة لإجراء تقييم أكثر عمقاً وللتخطيط للتدخلات الناجحة. ويفترض أن يكون لدى المدارس فرق دعم ذات اختصاصات متعددة والتي غالباً ما تسمى فرق الدعم التعليمية » أو « فرق المساعدة الدمجية »، وذلك لمساندة التخطيط للتدخل العلاجي أما في المدارس التي تخلو من هذه الفرق، فيستطيع العيادي إحالة الوالدين إلى المرشد أو المدير.

٢ ـ التقييم النفستربوي المقتضب

تتيح البيئات العيادية إجراء عملية كشف أكثر شمولاً للمشكلات الأكاديمية، حيث يصبح بإمكان التقييم النفستربوي المقتضب، بما في ذلك إجراء مقاييس أداء مباشرة، تقديم معلومات على نحو أكثر من طرق الكشف المشروحة في القسم السابق. وهناك مقاييس مقتضبة للذكاء، من مثل « اختبار كوفمان المختصر للذكاء » (Kaufman Brief Infelligence Test) إضافة إلى مقاييس معيارية مختصرة للتحصيل الأكاديمي، من مثل اختباري القراءة والرياضيات المتفرعين من اختبارات كوفمان للتحصيل التربوي ـ النموذج المختصر. إذ يتمر

إجراء هذه الاختبارات في الوصول إلى بيانات مفيدة عن مستوى التحصيل الأكاديمي بالنسبة لقدرة الطفل المعرفية مقارنة مع أقرانه ذوي العمر و/أو الصف المماثل .

علاوة على ذلك ، يستطيع التقييم المعتمد على المنهاج تقديم معلومات عن المستوى التعليمي للطفل وفيما إذا كان الطفل يدرس المواد التعليمية المناسبة . أما الحسنة الأخرى للتقييم المعتمد على المنهاج فتتمثل في أن إجراءاته قصيرة وسهلة الأداء . وفيما يلي شرح لإجراءات محددة لتوظيف أساليب التقييم المعتمدة على المنهاج في الممارسة العيادية .

فمن أجل تقييم القراءة باستخدام إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج ، يُقدم إلى الطفل ثلاثة نصوص قرائية مختارة عشوائيًا عن كتاب القراءة الخاص به أو من مجموعة من نصوص القراءة العامة بحيث تكون مفيدة للتقييم . ويطلب إلى الطالب قراءة كل نص لمدة دقيقة واحدة ، ثم يتم تدوين الأخطاء بما فيها الإبدالات ، والحذف ، والإضافات بحيث تقدم الكلمة المستهدفة للطفل عندما يستمر توقفه عن القراءة خمس ثوان . ويكون استخراج النتائج عن طريق حساب عدد الكلمات التي قرأها على نحو سليم في كل دقيقة ، وعدد الأخطاء التي ارتكبها في الدقيقة ، فقد وجد أن ذلك يعتبر مؤشراً صادقًا على التحصيل القرائي يتم بعد ذلك تقييم النتيجة المتوسطية للنصوص الثلاث وفقًا لمعايير موضوعة لتحديد فيما إذا كانت قراءة الطفل تقع ضمن المستوى التعليمي - أي أن النصوص ملائمة - أو مستوى الفشل - أي أن النصوص صعبة للغاية - أو مستوى الإتقان - أي أن النصوص سهلة للغاية - . أما المستوى التعليمي فهو للأطفال في الصفين الأول والثاني. ويتراوح عدد الكلمات الصحيحة هنا بين ٤٠-٦٠ كلمة لكل دقيقة بحيث لا يتعدى عدد الأخطاء أربع كلمات أو أقل . أما المستوى التعليمي للأطفال في الصفوف الثالث إلى السادس فيبلغ ٧٠ - ١٠٠ كلمة صحيحة لكل دقيقة وبحيث لا يتعدى عدد الأخطاء ست كلمات أو أقل .

وإذا كان هناك وقت كاف فيمكن أن يستمر التقييم إلى أن يحدد الفاحص أعلى مستوى يستطيع به الطفل القراءة على نحو تعليمي ، ثم يحدد المستوى الذي يفشل فيه الطفل في القراءة . غير أنه ولغايات التقييم المقتضب ، فإن تحديد أداء الطفل الممكن في المستوى التعليمي في المنهاج المقدم في الصف يعتبر كافيًا .

ولتقييم الرياضيات باستخدام إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج ، يُعطى الطفل ثلاث أوراق عمل أو نشاطات اختبارية ، تستخدم كل واحدة منها عينات من المهارات التي يتم تدريسها للطفل خلال الفصل الدراسي أو الوحدة الدراسية. مثلاً ، قد تتكون ورقة عمل لطفل مبتدئ في الصف الثاني من عملية الجمع لعدد يتكون من خانة واحدة أو خانتين ومن أسس عملية الطرح بحيث لا يتطلب الأمر إعادة ترتيب الأعداد . ويُطلب إلى الطفل أن يحل المسائل لمدة دقيقتين ، ويتم حساب النتيجة استنادًا لعدد الأرقام التي تم حسابها على نحو صحيح لكل دقيقة ، وعدد الأخطاء لكل دقيقة ـ مما يعطينا تقديرات صادقة عن التحصيل في الرياضيات . ويتم تقييم النتيجة المتوسطية للنشاطات الاختبارية وفقًا لمعايير موضوعة لتحديد فيما إذا كان أداء الطفل يقع ضمن المستوى التعليمي أو الفشل ، أو الإتقان . ويبلغ المستوى التعليمي للصفوف من الأول إلى الثالث ١٠ ـ ١٩ عددًا صحيحًا لكل دقيقة بنسبة أخطاء لا تتجاوز ثلاثة إلى سبعة . أما بالنسبة للأطفال في الصف الرابع وما فوق ، فيبلغ المستوى التعليمي من ٢٠ ـ ٣٩ عددًا صحيحًا لكل دقيقة بنسبة أخطاء لا تتجاوز سبعة أغلاط .

ومن أجل تقييم مهارات الكتابة ، يطلب من الطفل أن يكتب قصة خلال ثلاث دقائق استجابة لبداية جملة مفتاحية ، حيث يطلب إليه أن يفكر فيها لمدة دقيقة . ومن الأمثلة على الجمل الابتدائية : « فكرتي عن حفلة عيد الميلاد الرائعة هي ... » أو « ما أحبه في العيد حقًا هو ... » . وغالبًا ما يفضل إتاحة الفرصة للطفل لأن يبتدع هو الجملة المفتاحية للقصة وذلك لضمان وجود اهتمام ودافعية

من جانبه . ويكون استخراج النتائج بالنسبة للنصوص المكتوبة عن طريق حساب عدد الكلمات التي تكتب خلال ثلاث دقائق . ويطلب إلى الطفل - في الوضع النموذجي - كتابة ثلاث قصص ، بحيث تقارن النتيجة المتوسطية مع معايير استخراج النتائج ، غير أن الطلب إلى الطفل بأن يكتب قصة أو اثنتين يعتبر أمراً كافياً لغاية التقييم المقتضب . هذا ويبلغ متوسط عدد الكلمات المكتوبة في الثلاث دقائق من قبل الطلبة وفقاً لمستوى الصف ١٥ كلمة للصف الأول و٢٨ كلمة للثاني ، و٣٧ كلمة للثالث ، و٤١ للرابع ، و٤٩ للخامس ، و٥٣ للسادس .

ولتقييم مهارات التهجئة ، يُقدم للطفل ثلاث مجموعات من كلمات التهجئة مأخوذة عشوائياً من مُقرر التهجئة في منهاج الطفل . ويتم تقديم الكلمات بسرعة كلمة واحدة كل سبع ثوان . وتمثل نتيجة الطفل العدد المتوسطي لتسلسلات الحروف الصحيحة لكل دقيقة ولكل قائمة كلمات . ويُمثل تسلسل الحروف الصحيح حرفين متتابعين تكون تهجئتهما صحيحة . إضافة إلى ذلك ، في حالة تهجئة الحرف الأول والحرف الأخير من الكلمة على نحو صحيح ، فيمنح الطفل درجات على التسلسل الصحيح للحروف . مثلاً إذا تمت تهجئة كلمة « يسجن » على النحو « يسهن » فيحصل الطفل على درجتين للتهجئة الصحيحة للحرف الأول والأخير ، ويحصل أيضاً على درجة على التسلسل الصحيح لـ « يسـ » . ولا يحصل الطفل على درجات إضافية بسبب عدم صحة تسلسلات الحروف « سجـ » و « جن » . حيث يبلغ المستوى التعليمي للأطفال في الصفين الأول والثاني ٢٠ ـ ٣٩ تسلسل حروف صحيح ، أما الأطفال في الصفوف من الثالث إلى السادس فيبلغ ٤٠ ـ ٥٩ تسلسل حروف صحيح .

وقد لا يكون مجدياً أداء إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج في ميادين القراءة والرياضيات والكتابة والتهجئة لكل طفل يراد تقييمه . غير أن مراجعة المعلومات عبر وسيلة كشف من مثل « استبانة الأداء الأكاديمي » قد تحدد

ميادين المهارات المعينة التي تحتاج لمزيد من البحث الدقيق . فقد يكون هذا التقييم المقتضب ، والذي قد يتضمن « استبانة مشكلات الواجبات المنزلية » ذا قيمة كبيرة في تقديم الإرشاد للوالدين بشأن المشكلات التربوية وتصميم تدخلات أكاديمية ، لكنه في الوقت ذاته يفشل في تقديم تقييم شامل لكل ميدان رئيس للمهارات ، وهو أيضا ليس كافيًا لاتخاذ قرارات متعلقة بالأهلية للتربية الخاصة.

٣ـ التقييم النفستربوي الشامل

عندما تشير نتائج إجراءات التقييم المقتضب إلى وجود مواطن عجز كبيرة في واحد أو أكثر من ميادين المهارات الأكاديمية ، فإن ذلك يُجيز إجراء تقييم نفستربوي شامل . وبإمكان التقييم الشامل أن يُقدم معلومات مفيدة عن١٠٩ مدى وجود مواطن العجز في المهارات ، وعن العوامل التي قد تكون تسهم في المشكلات الأكاديمية ، وعن الاستراتيجيات التي قد تكون ذات فائدة في التدخل العلاجي . ويجب أن تتضمن عناصر التقييم الشامل ما يلي :

أ ـ مقياس محكّي المرجع وفردي للأداء المعرفي ، من مثل مقياس وتشلر للذكاء (Wechsler Intelligence Scale) للأطفال ـ الطبعة الثالثة ، أو مقياس ستانفورد ـ بينيه للذكاء (Stanford - Binet Intelligence Scale) الطبعة الرابعة.

ب ـ منظومة اختبارات تحصيل فردية ومحكية المرجع ، من مثل اختبارات وودكوك ـ جونسون للتحصيل (Woodcock - Johnson) .

جـ ـ إفادة المدرس عن الأداء الأكاديمي بالنسبة لأقرانه في كل مادة دراسية رئيسة .

د ـ إفادة المدرس عن الانتباه وإنتاجية العمل .

هـ ـ إفادة الوالد عن السلوك المتعلق بالواجبات البيتية . علاوة على ذلك ،

يعتبر التقييم المعتمد على المنهاج لمهارات القراءة والرياضيات والكتابة والتهجئة، والملاحظة المباشرة للوقت الدراسي المشغول ، وعوامل البيئة الصفية أموراً ذات قيمة كبيرة . حيث إن الملاحظة المباشرة للسلوك الصفي تعتبر شرطاً للتقييم النفستربوي الذي يراد إجراؤه بغرض تحديد الأهلية لخدمات التربية الخاصة .

إن استخدام مقاييس فردية محكية المرجع للأداء المعرفي والتحصيل الأكاديمي التي يجريها اختصاصي نفسي مؤهل في المدرسة يعتبر عملية مطلوبة من أجل اتخاذ قرارات عن الأهلية لبرنامج التربية الخاصة . أما بالنسبة للقرار المتعلق بمسألة هل يعاني الطفل من موطن عجز شديد لدرجة تكفي ليتم تشخيصه عن أنه صعوبة تعليمية مما يجيز وضعه في التربية الخاصة عادة فقد اتخذ على أساس وجود تباين واضح بين مؤشر الأداء المعرفي - اختبار الذكاء - ونتائج مقاييس التحصيل ذات الصلة . مثلاً ، لتشخيص صعوبة تعلمية ، فقد تدعو الحاجة لوجود تباين واضح بين نتيجة اختبار ذكاء الطفل والنتيجة المعيارية لواحد أو أكثر من مقاييس تحصيل القراءة . وتستخدم معايير مشابهة لتحديد الصعوبات التعلمية في ميداني الرياضيات واللغة الكتابية . هذا ويتراوح التعريف الإجرائي لمصطلح « التباين الواضح » من بلد لآخر . فقد يشير إلى الفرق في نتيجة اختبار تحصيلي للذكاء البالغ خمس عشرة نقطة معيارية . من جهة أخرى ، قد يشير إلى الأداء الأكاديمي الذي يتدنى مستواه بمقدار صفين على الأقل . وتستخدم في بعض الأحيان صيغ تنازلية أو انحدارية لتحديد أهمية نتائج التباين وذلك لأن استخدام نموذج تباين بسيط واحد قد يبالغ في تحديد عدد الأطفال الذين حصلوا على نتائج فوق المتوسط في اختبار الذكاء، وقد يُنقص من العدد الطبيعي للأطفال الذين حصلوا على نتائج دون المتوسط في اختبار الذكاء . وسيكون هناك مزيد من التوضيح لتحليل نتائج التباين لاحقاً من هذا الفصل .

لقد تم توجيه الانتقاد لاستخدام نتائج التباين المستقاة من المقاييس محكية

المرجع لغاية اتخاذ قرارات بشأن التصنيف في التربية الخاصة . ويتمثل الانتقاد الأساسي في كون هذه الطريقة غير حساسة في بعض الأحيان لكيفية أداء الأطفال في المواقف الصفية الحقيقية . فقد يستبعد نموذج التباين من خدمات التربية الخاصة الطلاب ذوي المستويات المتدنية نسبيًا من الأداء المعرفي والأكاديمي والذين لا يظهرون تباينًا واضحًا بين ميدانين واسعين من الأداء في الوقت الذي قد يستفيدون فيه من المساندة الأكاديمية المكثفة . أضف إلى ذلك، أن هذا النموذج قد لا يكون ملائمًا للطلبة في الصف الأول أو الثاني وذلك لأن اختبارات التحصيل غالبًا ما تكون خاضعة لتأثيرات متدنية تقيد الكيفية الممكنة لحصول الطلبة على نتائج ضعيفة مما يقلل من احتمالية وجود تباين كبير لدى هؤلاء الأطفال .

ويعتبر جمع معلومات من المدرس عن الأداء الأكاديمي للطفل بالنسبة لزملائه عنصرًا مهمًا في التقييم . إذ يتوجب على العياديين أن يوظفوا مقاييس إفادة الوالد ، من مثل « استبانة الأداء الأكاديمي » ، إضافة إلى المقاييس محدودة المدى للمشكلات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وإلى المقاييس واسعة المدى للمشكلات الداخلية والخارجية (انظر الفصل الثاني). علاوة على ذلك ، قد يكون « مقياس التقدير للأداء الأكاديمي » مقياس إفادة أبوية مفيدًا للإنتاجية والصحة الأكاديمية عبر مجموعة من الميادين الأكاديمية . وينبغي أن يتضمن التقييم أيضا إجراء مقابلة مع المدرس حيث إن إجراء مقابلة بعد الحصول على بيانات إفادة المدرس يعتبر مفيدًا . فقد تدل استبانات المدرس على الميادين التي تحتاج إلى مزيد من الاستقصاء .

تعتبر معلومات الإفادة الأبوية عنصرًا مهمًا آخر لإتمام عملية التقييم . إضافة إلى « استبانة الأداء للواجبات المنزلية » فقد تكون « استمارة مشكلات الواجبات المنزلية » (Homework Problems checklist) مفيدة للحصول على المعلومات من الوالدين عن العوامل المنزلية التي قد يكون لها تأثير على الأداء

الأكاديمي . وسوف يجد العيادي البيانات المستقاة من مقاييس التقدير هذه مفيدة جداً لإجراء مقابلة مع الأسرة .

من جانب آخر تعتبر الملاحظة المباشرة لأداء الطفل في الصف عنصراً ضرورياً للتقييم النفسي داخل المدرسة . إذ بإمكان الملاحظة المباشرة أن تفضي إلى معلومات مفيدة عن مستوى المشاركة الأكاديمية للطالب مقارنة مع زملائه ، وكذلك عن المتغيرات التعليمية والبيئية التي قد تسهم في إحداث مواطن العجز في المهارات الأكاديمية وفي تدني مستويات المشاركة النشطة . هذا وقد تم تطوير أنظمة ملاحظة متعددة لغاية جمع المعلومات على نحو منظم بشأن المتغيرات الصفية ذات الصلة .

ولا يعتبر التقييم النفستربوي الشامل كافياً بالنسبة لبعض الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يعاني العديد من هؤلاء الأطفال من مشكلات لغوية وبالتالي يحتاجون تقييماً سمعياً ونطقياً . إضافة إلى ذلك ، قد يعاني بعض الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من صعوبات أكثر دقة في المعالجة اللغوية . وتتعلق هذه الصعوبات «باضطراب المعالجة السمعية الأساسية » (Central auditory processing disorder) . فغالباً ما يجد العياديون التمييز بين هذا الاضطراب واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة صعباً . فمن زاوية عصبية ونفسية ، يتسم اضطراب المعالجة السمعية الأساسية بحدوث صعوبات في المعالجة الفعالة للمعلومات السمعية القادمة . أما اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فكثيراً ما يعتقد أنه ليس اضطراباً وذلك في مدخلات المعلومات ، لكنه يعتبر اضطراباً في «الإدارة المباشرة » (online management) للمعلومات - الذاكرة العملية - وفي «المخرجات» . وفي الحالات التي يظهر فيها أن الطفل يعاني من مشكلات معينة في الاستماع ، خصوصاً في حالة وجود مؤشرات أخرى على وجود مشكلة معالجة لغوية - مواطن عجز في القراءة والتهجئة والكتابة ، والتعبير الشفوي - ،

فقد يوصى بإجراء تقييم النطق واللغة ، إضافة إلى تقييم شامل للسمع .

أما بالنسبة للأطفال الذين يعانون من مشكلات واضحة في التنسيق الحركي الدقيق والتكامل البصري - الحركي ، فقد يكون التقييم العلاجي الوظيفي مفيداً . إضافة إلى ذلك ، قد يستفيد الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والذين يعانون من مشكلات تعلمية غير عادية ، أو الذين لديهم تاريخ أو فحوصات تشير إلى وجود مرض عصبي فعال ، أو الذين يعانون من مشكلات واضحة في التنظيم والذاكرة ، من التحليل الدقيق لمعالجة المعلومات التي يوفرها التقييم العصبي النفسي . ولأن التقييمات العصبية النفسية مكثفة ومستغرقة للوقت ، فيجب أن تقتصر الإحالة لهذه الخدمة على الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية المعقدة أو الشديدة .

تحليل التقييمات النفستربوية

غالباً ما يطلب الوالدان من العيادين تحليل نتائج التقييمات النفستربوية التي أجراها اختصاصي آخر . وتتكون التقييمات النفستربوية عموماً من مقاييس للقدرة المعرفية والتحصيل الأكاديمي إضافة إلى بيانات إفادة المدرس . وفي بعض الحالات تكون هناك مقاييس لتقييم المعالجة السمعية والبصرية والمهارات البصرية - الحركية . وفيما يلي بعض الإرشادات العامة لتحليل نتائج هذه التقييمات . وقد يتبادر للعياديين ، لدى مراجعة هذه التقارير ، أسئلة عن كيفية استخراج نتائج الاختبار وتحليلها . ففي هذه الحالات ، فإنهم ينصحون بمناقشة الوضع مع الاختصاصي الذي أجرى التقييم قبل إطلاع الوالدين على المشكلات.

عند تحليل نتائج اختبار الذكاء ، ينبغي أن يقيم العيادي مستوى الأداء الكلي للطفل بالنسبة لأقرانه . ففي حين يبلغ متوسط نتيجة اختبار الذكاء في عينة وطنية مائة ، فإن النتيجة المتوسطية للطلبة في مدرسة معينة قد تكون أعلى أو أقل من ذلك بكثير . وفي الحالات التي لا يعرف فيها العياديون النتيجة

المتوسطية لاختبار ذكاء لدى طلبة المدارس التي يعملون بها ، فقد تفيد إجراء محادثة قصيرة مع بعض الاختصاصيين النفسيين في هذه المسألة . أما بالنسبة للطلبة الذين تقل نتائج اختبارات الذكاء لهم عن ١٥ نقطة أو أقل من ذلك بالنسبة للمتوسط المقدر للطلبة في الحجرة الصفية ، فغالباً ما يعانون من مشكلات كبيرة في واحد أو أكثر من ميادين الأداء الأكاديمي . فبالإضافة إلى تقييم نتائج اختبارات الأطفال بالنسبة لأقرانهم ، غالبًا ما يستفيد العياديون من تحديد فيما إذا كانت هناك تباينات كبيرة بين نتائج اختبارات الذكاء المختلفة . فعلى سبيل المثال ، غالبًا ما يشير التباين بين نتائج اختباري الذكاء الكلامي والأدائي بمقدار ١٥ - ٢٠ نقطة أو أكثر إلى وجود مواطن قوة وعجز في اللغة أو الأداء البصري - المكاني .

هذا وتستخدم العديد من اختبارات التحصيل في الممارسة التربوية ، لكن قد يكون اختبار وتشلر الفردي للتحصيل (WIAT) هو أكثر المقاييس شيوعاً . إذ يفضي هذا المقياس إلى نتائج في ميادين متعددة للأداء الأكاديمي مثل : القراءة الأساسية . والتفكير الرياضي ، والتهجئة ، والاستيعاب القرائي ، والعمليات العددية ، والاستيعاب السمعي ، والتعبير الشفوي ، والتعبير الكتابي. يتضمن دليل القياس معايير وفقًا للسن والمستوى الصفي . وتعتبر المعايير المعتمدة على الصف مفيدة على نحو الخصوص لدى وجود تفاوت واضح بين عمر الطفل ومستواه الصفي ، والذي قد يكون مرده الرسوب في الصف . وتقدم النتائج على شكل نتيجة معيارية بمتوسط يبلغ ١٠٠ وانحراف معياري (SD) يبلغ ١٥ . ويقدم هذا المقياس أيضا نتائج مساوية للمستوى الصفي ، غير أن هذه نتائج هي تقديرات عامة جداً عن كيفية قدرة الطالب علي الأداء بالنسبة لأقرانه من المستوى الصفي ذاته .

وكما هو الحال في نتائج اختبار الذكاء ، فينبغي تقييم أداء الطالب في اختبارات التحصيل بالنسبة للأداء المقدر للطلبة في الصف . إضافة إلى ذلك ،

فإنه بالإمكان مقارنة نتائج اختبارات التحصيل من مثل اختبار وتشلر مع نتائج اختبار الذكاء لتحديد إمكانية وجود تباين بين الاثنين وباستخدام نموذج تباين بسيط ، فإن فرقًا بين نتائج اختبار ذكاء واختبار تحصيل بمقدار ١٢ نقطة أكثر يمثل تفاوتًا كبيرًا . ويمكن أيضا تقييم الفرق بين الاختبارين باستخدام صيغة مصححة مبنية على نموذج الانحدار ، ويستطيع الاختصاصي النفستربوي باستخدام دليل وتشلر أن يحدد المستوى المتوقع لتحصيل الطفل استناداً إلى نتيجته في اختبار الذكاء . بعد ذلك ، بإمكان الفاحص أن يقارن المستوى المتوقع لتحصيل الطفل مع مستوى الأداء الحقيقي وذلك لتحديد فيما إذا كان الفرق كبيراً . فإذا بلغ الفرق بين المستوى المتوقع والمستوى الحقيقي للتحصيل ١٥ نقطة أو أكثر ، فإن ذلك يشير عموماً إلى شدة الصعوبة التعلمية في ميدان مهارات معين .

المقاييس العيادية لعجز الانتباه والاندفاعية

أجريت محاولات عديدة منذ بداية السبعينات لتطوير طرق عيادية مكتبية توفر قياساً موضوعيًا لعجز الانتباه والاندفاعية . وتسمّى المقاييس العيادية التي استخدمت كثيراً جداً في الأبحاث والممارسة العيادية لتقييم المتغيرات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة « اختبارات الأداء المتواصل » (Continuous performance tests) .

١ ـ نظام غوردون التشخيصي لنشاط اليقظة

Gordon Diagnostic System Vigilance Task

في اختبار الأداء المتواصل الواسع الاستخدام هذا ، تعرض أرقام على شاشة واحداً في كل مرة بمعدل رقم واحد في كل ثانية . ويطلب إلى الطفل أن يضغط على زر في كل مرة يتبع فيها الرقم ٩ الرقم ١ . يتم عرض النشاط لمدة تسع دقائق . وتحسب النتائج إلكترونيًا . ويفرز النشاط نتيجتين أساسيتين :

المجموع الكلي للصواب - وهو عدد المرات التي يستجيب فيها الطفل لدى ظهور المثير المستهدف . أما النتيجة الأساسية الثانية فيه « المجموع الكلي للخطأ » وهي عدد المرات التي يستجيب فيها الطفل لدى عدم ظهور المثير المستهدف . وقد وجدت الأبحاث أن المجموع الكلي للصواب يتناسب عكسياً مع مقاييس عجز الانتباه . ويبدو أن نتائج المجموع الكلي للخطأ تقيس كلا من الاندفاعية وعجز الانتباه معاً . أما المجموع الكلي للخطأ (Commissions error) الأكثر صلة بالاندفاعية فهو استجابة يتبع فيها الرقم ١ برقم آخر غير الرقم ٩ . وقد وجد أن أداء الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة متدن على نحو أكثر وفقاً لنشاط غوردون لليقظة ووفقاً لمعظم أنشطة الأداء المتواصل من أداء الأطفال غير المصابين بهذا الاضطراب . هذا وقد تمت تقنين نشاط غوردون كثيراً على الأطفال في سن المدرسة وعلى المراهقين . وتكمن سيئة نشاط غوردون في أن نظامه الإلكتروني المطلوب لإجراء الاختبار باهظ الثمن نوعاً ما .

مقاييس بديلة للأداء المتواصل

قد يثبت أن النماذج الأخرى لنشاط الأداء المتواصل أكثر فائدة وصدقاً من نشاط غوردون . فعلى سبيل المثال ، قد تكون « اختبارات متغيرات الانتباه » (TOVA)- وهي نشاط أداء متواصل مدته ٢٢ دقيقة يستخدم مثيرات غير لغوية مفيدة لتمييز أداء الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن أولئك المصابين باضطرابات القراءة ، حيث تتوافر هناك نماذج بصرية وسمعية لهذا النشاط . ويمكن إجراء « اختبارات متغيرات الانتباه » عبر الحاسوب ، مما يقلل من تكاليف الإجراء . أما النموذج الآخر الواسع الاستخدام فهو « اختبار كونرز للأداء المتواصل » (Conner's Continuous performance Tests) . وهو عبارة عن نشاط مدته ١٤ دقيقة يتم إجراؤه عبر حاسوب . وتكمن الميزة الفريدة لهذا النشاط في أن الطفل يُطلب إليه أن يستجيب لكل مثير يتم تقديمه وأن يمنع

الاستجابة عندما يظهر المثير المستهدف . هذا وقد تم تقنين كلا هذين المقياسين للأداء المتواصل كثيراً على الأطفال والمراهقين . ويمثل كل من نموذج اختبارات متغيرات الانتباه ونموذج كونرز للأداء المتواصل بدائل مهمة لنشاط اليقظة المعياري ، غير أن صدقهما يحتاج لمزيد من الأبحاث للتحقق منه.

قيود المقاييس العيادية

على الرغم من الاستخدام الواسع لاختبارات الأداء المتواصل في الممارسة العيادية ، فإن لها قيوداً جديرة بالملاحظة . تنتج هذه النشاطات عموماً نسبة متدنية نسبياً من الاستجابات الإيجابية الخاطئة ، غير أنه يبدو أنها تفرز نسبة عالية من الاستجابات السلبية الخاطئة ـ وهذا يعني أنها تميل إلى تقليل العدد الحقيقي للأطفال المصابين باضطرابات عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تتفاوت نسب الاستجابات السلبية الخاطئة من ٢٥ ٪ ـ ٨٠ ٪ مع وجود نسب أعلى من ذلك لدى الأطفال الأكبر سناً . أما القيد الآخر فيتمثل في أن هذه النشاطات تعتبر ضعيفة نسبياً في تمييز الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن أولئك المصابين بإعاقات تعلمية واضطرابات عيادية أخرى . علاوة على ذلك ، فقد وجد أن الأداء في هذه النشاط يعتبر حساساً للعوامل البيئية ؛ من مثل حضور الفاحص أو عدمه ، ومن مثل وقت إجراء النشاط . ويثير تأثير العوامل البيئية تساؤلات عن التأثيرات التفاعلية لتأدية هذه الاختبارات في بيئات عيادية منظمة بدلاً من الحجر الصفية الطبيعية .

لقد كانت العلاقة بين الأداء في هذه المقاييس والأداء في الحجرة الصفيّة كما تحدّده أساليب تقييم السلوك موضع تساؤل ، ويبدو أن هذه العلاقة تتراوح بين كونها متدنية إلى متوسطة . وصحيح أنه تم إجراء معظم الأبحاث عن نشاط غوردون اليقظة ، لكن يرجح معاناة نموذجي اختبارات متغيرات الانتباه واختبار كونرز للأداء المتواصل من القيود ذاتها التي يعاني منها نشاط غوردون. ونخص بالذكر البيئة غير الطبيعية لنشاطات اليقظة والتي يرجح أن تستمر في

إحداث مشكلات في الصدق البيئي - الحيوي لها .

كما يظهر أن المقاييس العيادية للانتباه والتحكم بالاندفاعية تعاني من مستوى محدود من الفائدة فيما يتصل بتوفير تقييم موضوعي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد تكون مفيدة في الدلالة على وجود اضطراب ، لكنها تظل أقل فائدة في استبعاده . فقد طرحت الأبحاث تساؤلات كبيرة عن صدق هذه الأدوات . من هنا ، ينبغي اعتبار اختبارات الأداء المتواصل والمقاييس العيادية الأخرى أدوات من الدرجة الثانية في تقييم عجز الانتباه وفرط الحركة .

الخلاصة

أخذين بعين الاعتبار ارتفاع نسبة حدوث المشكلات الأكاديمية بين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فإن تطور هذا الاضطراب يتطلب تقييماً للأداء في الميادين الرئيسة للمهارات الأكاديمية ، ويتطلب تحديداً للعوامل التي قد تسهم في مواطن العجز للمهارات ، كما يتطلب شرحاً للاستراتيجيات التي قد تكون مفيدة لتحسين مستوى التقدم الأكاديمي . وتعتبر الاستبانات التي يملؤها المدرسون والوالدان طرق كشف مفيدة تكشف عن المشكلات الأكاديمية الكامنة ، وتشير إلى الميادين التي تحتاج تدخلاً علاجياً . من جهة أخرى ، يعتبر التقييم المختصر الذي يتضمن مقاييس مباشرة للأداء الأكاديمي مفيداً عموماً في تحديد استراتيجيات التدخل العلاجي وتحديد مدى الحاجة لتقييم نفستربوي شامل . وقد تكون إجراءات التقييم المعتمد على المنهاج مفيدة جداً للعياديين لتحديد فيما إذا كان بمقدور الطفل التعامل بكفاءة مع المواد التعليمية التي تقدم في الصف ، ولتحديد مدى الحاجة لتقييم وتدخل مكثفين . من جانب آخر ، تدعو الحاجة لإجراء تقييم نفستربوي شامل . متضمناً منظومة كاملة من الاختبارات المعرفية والتحصيلية محكية المرجع ؛ وذلك من أجل استقصاء طبيعة ومدى مواطن العجز في المهارت الأكاديمية ؛ ومن أجل تحديد الأهلية للوضع في التربية الخاصة . إضافة إلى ذلك ، قد تدعو الحاجة لتقييمات

إضافية ، من مثل اختبار النطق واللغة والاختبار العصبي النفسي ، وذلك من أجل التخطيط للتدخل العلاجي . وقد يكون للمقاييس العيادية لعجز الانتباه والاندفاعية بعضاً من الفائدة في تقييم مشكلات تتعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أن مساهمتها في تقييم هذا الاضطراب تعتبر ثانوية بالنسبة لإجراء المقابلات العيادية ، ولمقاييس التقدير المتصلة بالمدرس والوالد ، وللملاحظات المباشرة للطفل في بيئات متعددة .

ب - طرق معالجة الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه/وفرط الحركة

يعتبر تأثير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة شاملاً ، حيث إن معظم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعتبرون ضعيفي التحصيل في المدرسة ، وكذلك فإن نسبة كبيرة منهم يعانون من مشكلات سلوكية وعلاقات مضطربة مع الأقران . وبناءً على الطبيعة الشمولية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فإن اتجاه المعالجة المتعدد الأشكال يعتبر الاتجاه الأكثر فعّالية بالنسبة لهذا الاضطراب عموماً . كما تبين أن التدخلات السلوكية واستخدام العقاقير المنبهة هي أكثر طرق المعالجة فعّاليّة للمشكلات الأكاديمية والسلوكية والاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

عندما يُظهر الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مشكلات سلوكية و/أو انفعالية داخل المنزل تدعو الحاجة في هذه الحالة إلى الاتجاهات السلوكية في المعالجة ، بما في ذلك تدريب الوالدين ، وكذلك معالجة سلوكية للأسرة والطفل . من جانب آخر ، من الضروري أن تركز التدخلات التربوية على مواطن العجز المكتشفة في المهارات ، وذلك للسيطرة على المشكلات الأكاديمية لدى هؤلاء الأطفال . إضافة إلى ذلك ، فإنه يوصى بإجراء تدخلات سلوكية لتحسين السلوك المتصل بأداء المهمة ولتحسين نسب إتمام

المهمة ودقتها . ويتوجب أيضا أن يتضمن ذلك تدريباً على المهارات الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من مشكلات في علاقات الأقران ، وكذلك التشاور مع الوالدين والمدرسين وذلك لتوجيه السلوك الاجتماعي الملائم وتعزيزه .

ولا يكفي تطبيق تدخلات سلوكية في المنزل وفي المدرسة لتمكين نسبة كبيرة من الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من القيام بوظائفهم على نحو ملائم . فبالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة المتوسطة إلى الشديدة على وجه الخصوص ، فإنهم يتطلبون علاجاً دوائياً لعلاج مشكلاتهم ومساعدتهم على التكيف بنجاح في بيئات المنزل والمدرسة والبيئة المجتمعية .

وتتمثل إحدى القواعد الإرشادية المتعلقة بالإدارة الناجحة لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المؤثرة على الأطفال في أن فعّالية التدخل العلاجي مرتبطة بمدى توافق إجراء التدخل مع وقت ومكان حدوث المشكلات لدى الأطفال . ففي حالة التدخلات السلوكية ، ينبغي تنفيذ الاستراتيجيات في بيئات طبيعية ، من مثل الحجرة الصفية ، أو الملعب ، أو المنزل ؛ وهي ذات البيئات التي يعاني فيها الأطفال حقيقة من مشكلات في التأقلم . هذا وقد حاول الاختصاصيون النفسيون مراراً استخدام تدخلات معرفية في بيئات عيادية لتعليم الأطفال الاندفاعيين السيطرة على سلوكهم والتواصل مع أقرانهم على نحو أكثر فعّاليّة . غير أن تحقيق تحسن في البيئة العيادية يتعذر تعميمه عادة على البيئات الطبيعية . ففي الوقت الذي تدعو فيه الحاجة إلى إجراء التدخل ، قد لا يدرك الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مدى أهمية استخدام استراتيجية خاصة، أو أنهم قد يعتقدون أنه من الأفضل في ذلك الوقت التصرف على نحو مختلف فقط . من هنا ، ينبغي تدريب المشرفين الراشدين من أجل مراقبة هؤلاء الأطفال بعناية في الأوضاع الطبيعية ومن أجل حفزهم وتشجيعهم على استخدام استراتيجيات مناسبة .

ولدى استخدام طرق المعالجة الدوائية ، تعتمد فعّاليّة التدخل العلاجي عموماً

على تناول الطفل للعلاج الدوائي وعلى مدة مفعول ذلك العقار . بالتالي ، عندما يعطى الأطفال عقار ميثلفنديت (Methylphendate) قبل المدرسة وعند الظهر ، فيغلب أن يتحسن سلوك الطفل طوال مدة وجوده في المدرسة . وعندما ينتهي المفعول بعد المدرسة ، فيرجح أن تعود حالة الطفل إلى الخط القاعدي أو إلى ما كانت عليه . ولكن المثال الآخر في الأطفال الذين يظهرون تحسنًا ملحوظًا في الأداء خلال السنة الدراسية وذلك لدى استخدام عقار منبه ، إذ يرجح أن يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات في الأداء خلال السنة التالية لدى وقف استخدام العلاج الدوائي ما لم يحصل هناك فرق كبير في التدخلات التربوية والسلوكية التي تم توظيفها .

يتطلب معظم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تدخلات علاجية متعددة من قبل عدة اختصاصيين من مواقع متباينة . وبسبب ذلك ، يجدر أن يتعاون مقدمو الخدمة مع بعضهم البعض لتقديم خدمات متكاملة للأطفال . غير أنه للأسف يتم عمومًا إجراء التدخلات العلاجية بشكل أحادي (من مثل العلاج الدوائي فقط ، أو تدريب الوالدين فقط) ضمن الممارسة العيادية في مواقف يوصى بها باستخدام تدخلات علاجية متعددة الأشكال من ناحية أخرى ، لدى استخدام طرق متعددة ، فغالبًا ما ينعدم التعاون بين مقدمي الخدمة ، وتترك للوالدين المهمة الصعبة المتمثلة في تنسيق التواصل بين مختلف الأطراف . من هنا ، غالبًا ما تتوافر هناك مراكز رعاية محلية لتقييم وعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ذوي المشكلات المعقدة . إذ تتيح هذه البرامج عمومًا فرصًا للتعاون متعدد الاختصاصات وللدعم الأبوي للأطفال ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية المعقدة . غير أن الوصول إلى هذه المراكز قد يكون في أغلب الأحيان مزعجًا ، وكذلك قد يصعب تنظيم التنسيق مع مقدمي الخدمة وموظفي المدرسة المحليين . وحتى بالنسبة لهذه الحالات المعقدة ، فإنه يجدر توفير إختصاصيين في المجتمع

المحلي وذلك لتقديم خدمات المعالجة ولتنسيق الرعاية لهذه الفئة من الأطفال .

تصف الفصول التالية اتجاهات التدخل العلاجي الفعالة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في بيئتي المنزل والمدرسة . وقد تم التركيز علي اتجاهات التدخل العلاجي التي برهنت على إحداث تحسن في أداء الأطفال في بيئة الحياة الواقعية وفي البيئات الطبيعية . وهناك فصل عن طرق المعالجة البديلة يناقش التدخلات التي أكّد بعض الباحثين أو الميادين على فائدتها في حين أنها تفتقر إلى البيانات التجريبية التي تدعم فعّاليتها واسعة الانتشار . وهناك أيضا فصل يدرس مواضيع تتصل بتنسيق الرعاية للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والذين يتلقون تدخلات متعددة الأشكال من قبل العديد من مقدمي الخدمة في البيئات التربوية والعيادية .

الفصل الرابع

التواصل مع الوالدين والأطفال والمدرسين

الفصل الرابع
التواصل مع الوالدين والأطفال والمدرسين

تعتبر المعرفة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة العنصر الأول في العلاج . إذ يتوجب أن يتمكن العياديون من التواصل بفعّاليّة فيما يتصل باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وكذلك حث الأشخاص المهمين في حياة الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على تعلم المزيد عنه وذلك لرفع فعّاليّة العلاج إلى الحد الأقصى . ومن المواضيع التي يتضمنها هذا الفصل: مناقشة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع الوالدين بعد إجراء التشخيص، ومناقشة هذا الاضطراب مع الأطفال الذين يعانون منه ، والتواصل مع كادر المدرسة فيما يتعلق بالمسائل التشخيصية والعلاجية . وسيتم التقديم لمصادر المعرفة المتواصلة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للوالدين والأطفال وكادر المدرسة . (وهناك ميادين إضافية محددة تتطلب إرشاداً ومعرفة سابقة تم بحثها في الفصول الخامس والحادي عشر والثالث عشر) .

أ- بحث تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع الوالدين

لا يسعنا التقليل من أهمية التركيز على اجتماع العيادي مع الوالدين عقب التقييم التشخيصي ، فهو يمهد لفهم الوالدين لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وللاستفادة من هذا الفهم في طريقة رعايتهم الأبوية ، وأخيراً فهم الدور الذي قد يؤديه اختصاصيون عديدون في تقديم العون لهم لرعاية الطفل . ويستغرق هذا الاجتماع في الوضع النموذجي ثلاثين دقيقة على الأقل وذلك لمناقشة التقييم والخطوات اللاحقة . ويُرجح قضاء وقت أطول في الزيارات التالية وذلك للإفاضة في بحث مسائل العلاج والمسائل بعيدة المدى . ولا يتوافر للعيادي

يوماً وقت طويل لمناقشة كل الجوانب المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كما يرغب الوالدين . غير أنه لحسن الحظ تتوافر مجموعة واسعة من المصادر المتاحة لتقديم المعرفة الإضافية والإرشاد العملي .

عندما يستعرض العيادي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع الوالدين للمرة الأولى ، ينبغي وجود كلا الوالدين - إن كان ذلك مناسباً . ويجب في الوضع المثالي وضع ترتيبات لرعاية الطفل وذلك للحد من عوامل التشتت التي يخلقها وجود الطفل . وينبغي جعل الاجتماع لقاءً منفصلاً حيثما كان ذلك ممكناً، خصوصاً عندما تدعو الحاجة لتضمين الاجتماع معلومات من اختصاصيين آخرين . ويجب إبلاغ الطفل موضع التقييم عن الغرض من عملية التقييم لدى إجرائه وعن نتيجته . ويكون ذلك على نحو تطوري ملائم وذلك إما في نهاية المناقشة مع الوالدين أو في لقاء تال للمتابعة . وبوسع المراهقين الأكبر سناً المشاركة في معظم الحالات في مناقشة الخلاصة مع الوالدين .

أما في حالة عدم تمكن الوالد من الحضور إلى الاجتماع بسبب دواعي العمل، فيجب على العيادي التفكير في تحديد موعد يتناسب أكثر مع ظروف عمل الوالد ، مما يؤكد على أهميّة حضور الوالدين معاً . أما إذ تعذر ذلك ، فقد يكون من المفيد اللجوء إلى التسجيل الصوتي أو الكتابي لخلاصة الاجتماع .

عادة ما يمنع الخلاف بين الوالدين حضورهما الاجتماع التلخيصي معاً . ومثل هذه الحالة تُعقّد العلاج ، خصوصاً في حالة تقاسم الوصاية القانونية بينهما . في هذه الحالة ينبغي أن يبحث العيادي هذه المسألة مع الوالدين قبل عقد مناقشة لتفاصيل التقييم أو لدى إجراء المناقشة . بالنسبة للوالد الذي لم يحضر التقييم ، فيجب أن تتاح له الفرصة لتقديم مدخلاته عن طريق ملء مقياس تقدير أبوي ، وتقديم أي معلومات أخرى يرغب الإدلاء بها على شكل رسالة . وفي حالة تعذر وجود علاقة تفاعل كافية بين الوالدين ، فيرجح وجود درجة من عدم التناغم بين توجهاتهما نحو الطفل ، مما سيؤثر سلبياً على أداء

الطفل . وعندما تكون هناك عدائية واضحة أو نزاع واضح يشمل الطفل ، فيرجح أن تؤثر المشكلات الإنفعالية ومشكلات عدم الاتفاق علي وضع الطفل . من هنا ، يجب إبلاغ الوالدين بالحاجة لإجراء مناقشة لكيفية عمل الوالدين معًا لرعاية طفلهما المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مقترنة مع مناقشة تلخيصية للتشخيص والعلاج . وينبغي التوصية بإجراء وساطة اختصاصية في المواقف التي يملك فيها كلا الوالدين حقوقًا قانونية لاتخاذ القرارات .

ولا يكون العيادي المعالج للطفل عادة الشخص الأفضل كي يقوم بدور الوسيط طويل الأمد بين الوالدين اللذين يعانيان من خلافات زوجية كبيرة . ويعود ذلك لأسباب عدة لا مجال لذكرها الآن . في هذه الأثناء ، يجب أن يبذل العيادي كل جهد ممكن لتقديم المعلومات ذاتها لكلا الوالدين عقب التقييم الأولي وأية زيارات لاحقة ، إذ يجب أن تكون مصلحة الطفل البعيدة المدى في الموجه للتوصيات العلاجية من قبل العيادي .

هناك فئة من الوالدين الذين لا يحضرون الاجتماع التلخيصي ممًا قد ينحصر اختلافهم مستوى الاهتمام المتعلق بتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ غالبًا ما يكون الأمر كما يلي : أم لها دواعي قلق كبيرة تتعلق بطفلها وأب يعتقد أن السلوكات المقلقة بالنسبة للأم « طبيعية » بالنسبة للأطفال من مثل سنه . وقد تقول الأم أن الأب لا يعرف الطفل مثلها فيما يتصل بالسلوكات اليومية في المنزل والمدرسة ، أو أنه في واقع الحال يشبه الطفل الذي يتم تقييمه من حيث « إنكاره » بأن سلوكاته غير طبيعية . في هذه الحالة ، يرجح أن يؤثر الاختلاف في الرأي بين الوالدين ـ على الرغم من انحصاره في مسألة واحدة ـ في الجوانب الأخرى من الرعاية الأبوية والحياة الأسرية . ومن هنا ، فإنه يوصى بإجراء تشاور يرتكز على الحياة الزوجية / الأسرية ، لكن ينبغي تأخير تنفيذ هذه التوصية إلى أن يحاول العيادي عقد اجتماع مع كلا الوالدين . وقد يفرض ذلك على العيادي الإلحاح في دعوة الوالد المعارض ،

فهناك في نهاية المطاف فرصة معقولة لجعل الوالدين يعملان معًا عن قرب لمصلحة طفلهما وذلك عبر التركيز على الاهتمامات المشتركة بينهما بدلاً من مناقشة تشخيص أو مناقشة حتى «مشكلات الطفل» . إذ يرجح أن تكون لكليهما اهتمامات تتصل بالاعتداد الذاتي للطفل وكذلك تأثير تلقي الطفل لتعليمات « مختلطة » من الوالدين تتعلق بسلوكه أو أدائه المدرسي . وقد تكون لديهما أيضا اهتمامات مشتركة متصلة بعلاقات الإخوان أو علاقات الأقران أو درجاته المتدنية . وقد يكون العيادي قد كشف عن دواعي قلق أخرى لا تتعلق مباشرة بمصدر الشكوى الرئيس للوالدين . وفي هذه الحالة ، يقدم العيادي أفضل فائدة بعيدة المدى للطفل عن طريق الإشراك التدريجي للوالد المانع ويوصى عمومًا بالتدخلات غير الدوائية مبدئيًا ، وبالإرشاد حينما يكون وسيلة لمساعدة الطفل والأسرة في التغلب على المشكلات التي كشفها الوالدان معًا من غير أن يكون ذلك على شكل معالجة نفسية للطفل. في هاتين الحالتين تزداد احتمالية قبولها من قبل الأطراف المعنيّة .

قد يستغرق الاجتماع الأولي المتصل بتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وقتًا طويلاً . من هنا ، قد يكون من المفيد تحديد مدة زمنية للاجتماع في البداية وتوضيح الكيفية التي يتم بها تخصيص الوقت (من مثل ، ثلث الوقت لمناقشة النتائج والتوصيات وتساؤلات الوالدين) . وعادة ما يكون مفيداً البحث في مواطن الضعف لدى الطفل ومشكلاته ، وفي جوانب التشخيص ، وفي كيفية إجراء هذه التشخيصات وسببها . إضافة إلى ذلك ، من المفيد مناقشة سبب الحاجة إلى أيّة تقييمات إضافية ، وكذلك طبيعة الخطوات الأولية في العلاج . من جانب آخر ، يساعد إعداد مخطط مكتوب في تركيز المناقشة وفي إبراز النقاط المهمة بالنسبة للأسرة . ويكون هذا المخطط أيضا بمثابة ورقة توثيقية للمناقشة وذلك من أجل عرضها على الاختصاصيين الآخرين اللذين قد تحال الأسرة إليهم . ومن المفيد أيضا إعداد عرض مقتضب وشامل

للمعلومات ذات الصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك لتسهيل بدء الأسرة في مشوارها لرعاية طفلها المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنه من النادر توافر وقت للقيام بذلك في واقع الحال .

ب - مناقشة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع الأطفال

يعبتر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة حالة معقدة حيث يظهر الفرد المصاب بهذا الاضطراب عادة عدة أنواع من الأعراض . ويصعب كثيراً على الراشدين فهم تأثيره على العناصر المجردة للسلوك ، من مثل الدافعية والاستمرارية .. من هنا ، بمقدورنا أن نتصور عدد الأفكار الخاطئة التي يُكنّها أطفال عن أنفسهم وعن إخوانهم ، وعن أقرانهم . وللأسف ، مازالت الأبحاث قليلة في مجال معرفة الأطفال عن ذواتهم وعن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وفي مجال التأثير الوظيفي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وفي مجال مقدار المشاركة اللازمة من الراشدين لتمكين الأطفال من تحقيق فهم سليم لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من جانب آخر ، يُضفي افصاح الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن تجاربهم في مرحلة الطفولة معرفة رصينة عن واقعهم . أما بالنسبة لأولئك الذين لم تتح لهم فرصة القيام بذلك في السابق ، فقد يرغبون بقراءة بعضٍ من القصص الواقعية التي رواها أصحابها . إذ كثيراً ما اتسمت تجاربهم التعليمية بالإحباط الشديد ، وكذلك بالتشويش والإرباك الشديدين . حتى إن مراحل طفولتهم كثيراً ما تميزت بدرجة عالية من البؤس .

وفي الوقت الحاضر فقد تحسن فهمنا لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وأصبح مدار بحث أوسع مما كان عليه حتى في الثمانينات . وفي حين يعتبر ذلك عموماً مفيداً للأطفال ، خصوصاً بالنسبة لتجربتهم التعليمية، ازداد انتشار الأفكار والاعتقادات المغلوطة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب سمعته السلبية بين العامة . كما وازداد عدد الأشخاص الراغبين في

إبداء آرائهم ، بمن فيهم ذوي الخبرة الشخصية والمهنية المتواضعة. بالتالي، مازال معظم الأطفال ، للأسف كثيراً ما يسمعون خلال مرحلة طفولتهم عدة عبارات مثبطة من مثل : عبارة « يمكن القيام بأفضل من ذلك فيما لو حاولت » (مما يعني « أنه خطؤك ») ، وعبارة «اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هو ذريعة تستخدمها أو يستخدمها والداك لتبرير سلوك سيء أو لتبرير ضعف الأداء في المدرسة » (مما يعني « أنت لم تلحق العار بنفسك فقط وإنما ألحقته بأسرتك أيضا . » و«أنت فعلاً سيء أو غبي»).

يستطيع العياديون مساعدة الأطفال على المحافظة على احترامهم لذاتهم وذلك عن طريق العمل مع الوالدين بطرق متعددة . إذ يستطيعون :

١ ـ مساعدة الوالدين لتطوير استراتيجيات ناجحة لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

٢ ـ دعم الوالدين من خلال توفير المساندة الفعالة لوالدي هؤلاء الأطفال .

٣ ـ تزويد الوالدين بمعلومات عن كيفية دعم احترام الذات لأطفالهم .

٤ ـ حث الوالدين على الانضمام إلى جماعات الدعم والمساندة المحلية والوطنية .

هناك أيضا طرق يستطيع العيادي عبرها مساعدة الطفل مباشرة . إذ تتاح لعياديي الرعاية الأولية الفرصة ليؤدوا أدواراً نموذجية ، ويكونوا « أصدقاء» راشدين موثوقين ومقبولين . ولدى إبداء التعبيرات الدالة على الثقة والدعم من حين لآخر من قبل هذا الفرد ، يكون التأثير بعيد المدى عظيماً في حين لا يكون التأثير المباشر ملحوظاً . ولدى إجراء تقييم أولي ، يستطيع العيادي سؤال الطفل مباشرة عن مدى استيعابه للغرض من التقييم . ويتوجب على العيادي هنا تقديم توضيحات حيادية عن مشكلات الطفل إذا كانت توضيحات الطفل تقلل من احترامه لذاته . وينبغي عليه أيضا الاستفسار من الطفل والوالدين عن مواضيع تتعلق بالأقران أو الإخوان . وعندما يتم إعلام الطفل بنتيجة تشخيص اضطراب

عجز الانتباه وفرط الحركة ، فمن المفيد أن يسمع الطفل من العيادين والوالدين أن ذلك ليس « مرضًا » أو « عيبًا » بل نمطًا من التفكير والسلوك قد يكون له حسناته إلى جانب سيئاته ، وذلك على الرغم من كون السيئات أكثر وضوحًا بالنسبة للطفل في بداية الأمر . ويجب أن يولي العيادي اهتمامًا دقيقًا بالتفاعل بين الوالدين والطفل . فقد يُقوّض الوالدين عن حسن نية احترام الطفل لذاته عبر طرق لا يدركونها . ومن الأمثلة الدالة على ذلك : الطريقة التي يناقشان بها مواطن قوة الطفل ومواطن عجزه . وإجراء مقارنات مع إخوانه ، والضحك عندما يعاني الطفل من صعوبات في التنسيق خلال الامتحان ، أو مقاطعة كلام الطفل أو التقليل من أهمية ما قاله لدى إجابته عن تساؤلات العيادي . ويمكن بحث ذلك على نحو حساس ومباشر في الاجتماع التلخيصي في إطار حاجة الوالدين لدعم الاحترام الذاتي لطفلهم أكثر من غيرهم من « الوالدين العاديين».

وإبان زيارات المتابعة الدورية ، يستطيع العيادي توجيه سؤال عما تعنيه الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بالنسبة له : فقد تدل التفسيرات السلبية جدًا على الحاجة إلى تدخل علاجي أكثر تركيزًا وذلك لرفد التجربة الناجحة للطفل في مواقف متنوعة . ويجب أيضا تقييم أداء الأقران والتفاعلات مع المدرسين والآخرين في المدرسة وذلك خلال فترات المتابعة . (انظر الفصل الحادي عشر لمزيد من التفاصيل) . وينبغي أيضا تقييم الجوانب المتعلقة بتناول العلاج الدوائي ، كما تنبغي دراسة الإجراءات الإعدادية طويلة المفعول وذلك عندما يشكل تناول الدواء في منتصف اليوم الدراسي عائقًا اجتماعيًا كبيرًا بالنسبة للطفل . إذ أن بعض الأطفال سيعتبرون وجوب الذهاب إلى الممرضة لتناول الدواء على أنه هو السبب الذي يجعل الأطفال الآخرين يضايقونهم ؛ في الوقت الذي تكون فيه سلوكاتهم الذاتية هي التي تسهم في رفض الأقران لهم . في هذه الحالة ، يغلب أن تقتضي الضرورة اللجوء إلى تدخلات اجتماعية متعددة (انظر الفصل السابع) . وقد يتم الإبقاء على العلاج الدوائي خلال

اليوم الدراسي ، أو تتم إعادة وضعه قيد الاستعمال بعد أن تتم السيطرة على المشكلات الأخرى . ويتوجب الحصول على السيرة المؤقتة عن كيفية تعامل الوالدين مع الانضباط ، وكيفية إجرائهم للتعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب ، وكيفية دعم الاعتداد الذاتي وبناء المهارة في مواطن القوة والعجز . ويجب أن يطرح العيادي تساؤلات تتعلق بالسيرة المؤقتة على الطفل والوالدين ، مع الإشارة إلى أن رأي الطفل محط تقدير . وينبغي أن تتاح للمراهقين ولوالدي المراهقين فرصة لتقديم معلومات إلى العيادي كل على حدة ، وذلك على الرغم من وجوب مناقشة معظم المعلومات التي جمعت وكذلك التوصيات والخطط اللاحقة على نحو مشترك . وفي بعض الحالات ، يقدم المراهق للعيادي معلومات حساسة لا يعرفها والداه ، من مثل النشاط الجنسي أو استعمال العقاقير . إذ أن كيفية التعامل مع المسائل الخصوصية المتعلقة بالمراهقين ووالديهم يعتبر موضوعاً هاماً في جميع المجالات المتصلة بالرعاية العيادية للأطفال والمراهقين، وليس هناك مجال لإجراء بحث معمق لهذا الجانب في هذا الفصل . ويمكن القول عموماً أن التواصل مع المراهقين يجب أن يكون سرياً ما لم تكن صحة المراهق أو سلامته معرضة للخطر . وينبغي على العيادي أن يوضح سياسته للوالدين والمراهقين معاً لدى الشروع في إجراء مقابلات منفصلة . ويجب أن يكون ذلك منسجماً مع سياسة العيادي في تقديم الرعاية للأطفال والمراهقين عموماً ، ولا ينبغي أن يكون مقصوراً على تقديم الرعاية للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

كما يجب أن يثني العيادي على إنجازات الطفل مع التذكير بالصعوبات الإضافية التي يواجهها أفراد مصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، والتذكير بأهمية الشجاعة التي ينبغي إظهارها لإنجاز بعض الأشياء التي يقوم الأقران بمثلها لكن بجهد أقل . أما الجانب المهم الآخر أيضا فيتمثل في التركيز على الطبيعة الثانوية لدور العلاج الدوائي في إنجازات الطفل . ويتوجب أن

يتحاشى العياديون استخدام مصطلح اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على شكل صفة (من مثل «الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة») في الكلام وفي الكتابة ، فقد يوحي ذلك للطفل أن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هو أهم جانب عن الطفل . أخيراً ، يستطيع العياديون توفير موارد للأطفال والراشدين الأكبر سناً على شكل مواد مكتوبة يستطيعون استعراضها مع الوالدين وذلك بهدف تلقي دعم الأقران (جماعات الدعم المحلية ، والمعسكرات، وشبكة التواصل العالمية) .

جـ - التواصل مع كادر المدرسة حول اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

عقب إجراء التقييم ، من المفيد تقديم معلومات لموظفي المدرسة - بعد موافقة الوالدين - لتكون قاعدة للحصول على تدخلات علاجية في بيئة المدرسة تتضمن الجوانب الأكثر أهمية ضمن التشخيصات ، والمشكلات الوظيفية المحددة ، والتدخلات الموصى بها والمتعلقة بمشكلات وظيفية محددة . ويعود السبب في أهميتها إلى أن وجود تشخيص معين لا يعني ببساطة تقديم خدمات مناسبة تلقائياً (انظر الفصل الثامن) . من جانب آخر ، يجب تقديم نتائج أي اختبار نفستربوي تم الحصول عليه خلال فترة التقييم إلى موظفي المدرسة . إذ غالباً ما تكون هذه النتائج بمثابة تبرير للحصول على خدمات متصلة بالصعوبات التعلمية ، وقد تقدم معلومات عن التعديلات التعليمية التي ستتيح للطفل التعلم على نحو أكثر فعّالية .

الاستمرار في التعرف على اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

لقد حدث ازدياد في عدد المراجع والكتب التي تناولت اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للوالدين وللاختصاصيين التربويين والأطباء واختصاصي الصحة العقلية ، وللأطفال . ويتوافر العديد منها في المكتبات العامة المحلية وفي

محلات بيع الكتب الكبيرة ، أو يمكن استعارتها من مكتبات الإعارة التابعة لجماعات دعم الوالدين .

وتعتبر شبكة المعلومات مصدراً مهماً للمعلومات لكل من الاختصاصيين وعامة الناس . ويستطيع الشخص عبر هذه المواقع أن يتعرف على الكتب الجديدة ، وعن جماعات الدعم المحلية ، والاجتماعات المستقبلية ، ونتائج الأبحاث الجديدة . ويستطيع الشخص أيضا التواصل مع والدين آخرين حول اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو « الاستماع » إلى مناقشة الاختصاصيين لعملهم والإجابة على الأسئلة . ويعتقد المراهقون أن الشبكة الإلكترونية العالمية - الإنترنت - تعتبر طريقة جيدة « للتحدث » مع مراهقين آخرين عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من جانب آخر ، تمتلك الآن عدة جماعات دعم ذات العلاقة ومصادر أخرى مواقع على الشبكة العالمية ، والتي يمكن الوصول إليها عبر الشبكات الإلكترونية التجارية . وأفضل وسيلة للوصول إلى مجموعة واسعة من المواقع المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هي إدخال «اضطراب عجز الانتباه » ككلمات مفتاحية على المتصفح (Browser) للشبكة التجارية الإلكترونية ، أو على أي من نظم البحث على الشبكة العالمية ، من مثل ياهو (Yahoo) ، أو إنفوسيك (Infoseek) ، أو لايكوس (Lycos) .

وقد يتلقى الوالدون الذين يستخدمون خدمات الشبكة العالمية للحصول على معلومات عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة معلومات جديدة عن المسببات وطرق المعالجة . وينبغي أن يتم تشجيع الوالدين على إطلاع العيادي على مثل هذه المعلومات من أجل استعراضها ، حيث إنه بإمكان أي شخص أن يرسل معلوماته عبر الشبكة العالمية مما يعني عدم وجود ضمانات على صحة هذه المعلومات . من هنا ، يتوجب أن يتأكد العيادي من مصدر المادة المعلوماتية وذلك لمساعدة الوالدين على الاستفادة منها فيما يتصل بطفلهم.

الفصل الخامس

إرشاد الأطفال والأسر الذين يواجهون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل الخامس

إرشاد الأطفال والأسر الذين يواجهون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

كي ينمو الطفل وهو مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعتبر أمرًا صعبًا وغالبًا ما يكون ذلك عملية عصيبة . علاوة على ذلك ، تعتبر الرعاية الأبوية الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تحديًا متواصلاً . إذ أن الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تزيد من احتمالية انخراط الطفل في سلوكات فوضوية وعدوانية ، وتجعله يعاني من مشكلات انفعالية . وتتفاوت المشكلات التي يظهرها الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وكذلك ردود فعل الوالدين نحوها كثيرًا من أسرة لأخرى . ففي بعض الأحيان ، تمثل الصعوبات التي تجابهها الأسرة مشكلة محددة أو منفصلة نسبيًا يتم حدوثها ضمن إطار تفاعلات إيجابية عمومًا بين الوالد والطفل. في مثل هذه الحالات ، قد يتم الاكتفاء بتقديم إرشاد مقتضب يتضمن في جوهره تقديم معلومات حول اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وعرض استراتيجيات إدارة السلوك . أما في حالات أخرى ، تظهر مشكلات سلوك في المدرسة ، ورفض من الأقران ، وعلاقات عدائية بين الوالد والطفل ، إضافة إلى مستويات شديدة من الكآبة من جانب الطفل . بالتالي ، يتوجب في مثل هذه الحالات أن يتبنى الإرشاد توجهًا مكثفًا ومتعدد الأشكال والذي قد يشمل الطفل والأسرة في معالجة السلوك والمعالجة المساندة .

يهدف هذا الفصل إلى وصف استراتيجيات الإرشاد المفيدة للعمل مع الأطفال والأسر الذين يواجهون مشكلات ذات صلة باضطراب عجز الانتباه

وفرط الحركة . ويبرز هذا الفصل الاتجاهات السلوكية لتعزيز السلوكات المرغوبة والحد من السلوكات غير المناسبة . وسيتم التعرض للتدخلات الإرشادية المقتضبة التي قد يقدمها مقدم الرعاية الأولية . إضافة إلى ذلك ، سيتم بحث اتجاهات المعالجة السلوكية الأكثر تكثيفاً بالنسبة للأسرة .

تقديم الدعم الوجداني

لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تأثير وجداني كبير على الأطفال وعلى أسرهم . فقد يواجه الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في أوقات مختلفة من حياتهم فشلاً في جوانب عديدة من حياتهم . وقد يؤنب المدرسون هؤلاء الأطفال بنسبة أكثر بكثير من نسبة ثنائهم عليهم . وقد يعتبر الأقران هؤلاء الأطفال أفراداً نزاعين إلى السيطرة ومتطفلين ، مما يفضي إلى رفض الأقران لهم . وقد يصاب الآباء بالإحباط والضيق مع النزعة إلى عدم تقبل الوضع وذلك بسبب الطبيعة الملحة والمجهدة لأولئك الأطفال . وقد يبغض الإخوان هذا الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بسبب اشغاله لمقدار كبير من وقت والديهم . بالتالي ، ليس مستغرباً أن يجعل كل ذلك الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ينظرون إلى أنفسهم كأفراد عاجزين أو مبغوضين ، أو حتى سيئين فطرياً . وفي الوقت ذاته ، يكون هؤلاء الأطفال محبطين وحانقين بداعي مواجهتهم للعديد من التجارب السلبية يومياً ، مما يفضي إلى إيجاد نوازع قوية نحو معارضة الوالدين والتصرف بعدائية مع الإخوان .

إن حاجات ومتطلبات الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تثقل كاهل الوالدين كثيراً . إذ غالباً ما يجابه الوالدان اختصاصيي المدرسة الذين يشعرون بالإحباط من السلوكات الطائشة والأفعال السيئة التي يقوم بها طفلهما . ومما يعقد الوضع أن بعض المدرسين يلمّحون إلى أن مشكلات الطفل مردها الحياة المنزلية المضطربة أو ضعف الرعاية الأبوية . ومما

يبعث على الدهشة أنه مع تعاظم حاجة الوالدين لدعم الأسرة ودعم الأصدقاء ، فقد يزداد شعورهما بالعزلة ضمن الأسرة أو المجتمع المحلي . فقد يلومهم الأقارب ويتهمونهم بالتساهل الشديد وبعدم اتباع نصائحهم كقولهم : « العصا لمن عصى » . وقد ينأى الجيران بأنفسهم عن الأسرة بداعي أن اللقاءات مع أسرة طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد تسبب الضغط لهم.

تحتاج الأسر التي تواجه مشكلات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بطبيعة الحال إلى مستويات مرتفعة من الدعم الوجداني . إذ يحتاج الطفل ووالديه إلى الشعور بأن أحداً ما يفهم حجم التحديات التي يجابهونها كل يوم لدى تعاملهم مع هذا الاضطراب والمشكلات المصاحبة . علاوة على ذلك ، فبسبب الطبيعة الحادة لهذا الاضطراب وتأثيره على حياة الأسرة يحتاج الأطفال والأسر الذين يواجهون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى دعم وجداني متواصل من قبل عدد من الاختصاصيين . ولا يعتبر تقديم الدعم الوجداني كافياً لإحداث تغيير في سلوك الطفل وفي نوعية التفاعلات بين الوالد والطفل . غير أنه ما لم يقدم الاختصاصيون دعماً وجدانياً ، فلن يكون بمقدورهم أن يكونوا عناصر فعالة في تغيير السلوك .

تقديم معلومات عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

غالبًا ما يستفيد الوالدان والأطفال خلال المراحل الأولى من الإرشاد من مناقشة الوسائل المحددة التي يؤثر بها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على أداء الطفل وعلى أشكال التفاعلات الأسرية وغالبًا ما تبدأ هذه المناقشة لدى عقد الاجتماع التلخيصي عقب إجراء تقييم لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة (انظر الفصل الرابع) ، في حين تحتاج معظم الأسر إلى بحث هذه المسائل بتفصيل أكثر في اجتماعات المتابعة أو الإرشاد . من جانب آخر ، يقبل العديد من الوالدين والأطفال على الإرشاد ضمن مرجعية تفضي إلى أشكال سلوك غير منتجة وفاشلة . من هنا ، تكمن مهمة العيادي في مساعدة الوالدين

على تطوير مرجعية مختلفة تفضي إلى فهم أفضل لصعوبات الطفل وتوظف أساليب الانضباط الإيجابية . فعلى سبيل المثال ، بالنسبة للوالدين الذين يعتبرون الطفل مراوغًا ، فقد يسهل شعورهم بالغضب ويتسرعون في تأنيب الطفل عندما يصر على القيام بأشياء بطريقة معينة . وفي المقابل ، فبالنسبة للوالدين الذين يتفهمون حاجة طفلهم لبذل جهد كبير للسيطرة على اندفاعاته ، فيغلب - خلافًا لغيرهم - أن يقوموا بتقديم الدعم للطفل ولاستخدام وسائل إيجابية لإدارة السلوك وذلك لمد يد العون للطفل لاستعادة سيطرته الذاتية .

تحسين العلاقة بين الوالد والطفل

لدى مجابهة الضغوطات المصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غالبًا ما ينخرط الوالدان والأطفال في علاقات تصارعية وعدائية مشتركة مع أحدهم الآخر . حيث قد يتم قضاء الكثير من التفاعل بينهم في محاولة تغيير أحدهم للآخر عبر عبارات وأفعال قسرية وغير قويمة ، والتي ستتم مناقشتها بتفصيل أكثر في الفصل الثاني عشر . عندما يحدث ذلك بالفعل ، لا يكون الإرشاد المقتضب عمومًا فعالاً وذلك لأن الوالدين يواجهان مشكلة في تطبيق استراتيجيات إدارة السلوك على نحو فعال . من هنا ، غالبًا ما تدعو الحاجة لإرشاد مكثف أكثر يستهل بالتدخلات العلاجية لتحسين العلاقة بين الوالد والطفل .

وهناك استراتيجية مفيدة لتغيير الشكل القسري من أشكال التفاعل ألا وهي وضع جدول زمني يومي لفترات اللعب بين الوالد والطفل تدوم كل فترة فيها حوالي ٢٠ دقيقة . هذا ويجدر الالتزام بالقواعد التالية لدى إجراء هذه الجلسات:

أولاً : ينبغي أن يختار الوالد والطفل الوقت الملائم لكليهما . وغالبًا ما يكون الوقت الأفضل عقب القيام بالواجبات البيتية حيث يتوفر لكل من الوالد والطفل

وقت الراحة . وعلى وجه العموم ، يقوم أحد الوالدين باللعب مع الطفل في كل جلسة لعب . ومن أجل إشراك كلا الوالدين ، تستطيع الأم والأب اللعب مع الطفل في أيام متعاقبة .

ثانيًا : يمنح الطفل الخيار فيما يتعلق باللعبة التي يرغب بأدائها . ويفضل عادة الانخراط في لعبة لا تتضمن لعبًا عنيفًا ولا تخضع لقوانين صارمة . من هنا ، قد يتوجب على الوالدين قصر الخيارات المتاحة للطفل . وتتمثل إحدى طرق قصر مجموعة الخيارات دون خلق امتعاض من الطفل في أن يتحرى الوالد وقتًا يكون فيه الطفل متعاونًا ويقومون معًا بإعداد قائمة بالألعاب الممتعة والمناسبة لكليهما . وحينما يحين وقت اللعب ، يتاح للطفل اختيار أية لعبة من القائمة .

ثالثًا : ينبغي أن يحدد الوالدان إطارًا زمنيًا ثابتًا لفترة اللعب وذلك عن طريق ضبط ساعة التوقيت . حيث إنه في حالة عدم وجود حدود زمنية واضحة ، سيعمد الأطفال إلى زيادة مدة فترة اللعب ، وغالبًا ما يكون ذلك عن طريق اللجوء إلى طرق قسرية . بالتالي ، قد يمتعض الوالدان ويترددان في تحديد جلسات لعب في المستقبل .

رابعًا : يحظر على الوالدين محاولة ضبط لعب الطفل خلال جلسة اللعب . إذ يواجه العديد من الوالدين ـ حتى أولئك الذين يتمتعون بعلاقات صحيّة وداعمة مشتركة مع طفلهم ـ صعوبات في منع أنفسهم من السيطرة على سير لعب طفلهم . حيث يسيطر الوالدان على اللعب بطرق حاذقة ، من مثل القيام بتقديم اقتراحات بما يتوجب على الطفل فعله ، أو تعليم الطفل كيفية أداء مهمة ما ، أو طرح أسئلة إيحائية . من مثل : « هل ترغب بصنع سيارة من هذه المكعبات ؟». بناءً على ذلك ، هناك قاعدة مهمة ينبغي أن يتبعها الوالدان ألا وهي مراقبة لعب الطفل بعناية ، ووصف ما يقوم به الطفل كالمعلق الرياضي ، والثناء على الطفل لأفكاره الإبداعية . وينبغي أن يُحْجم الوالد عن طرح اقتراحات ، أو أسئلة ، أو

توجيه الانتقاد للطفل . وإذا أصبح لعب الطفل عدوانياً أو فوضوياً أكثر مما ينبغي ، يستطيع الوالد في هذه الحالة أن يصدر أمراً مختصراً للطفل ليلعب على نحو تعاوني . وفي حالة استمرار السلوك السلبي ، فينبغي أن يوقف الوالد فترة اللعب .

أما في حالة كون الأطفال أكبر سناً ، فليس من المناسب اللعب معاً . فبدلاً من ذلك ، ينبغي أن يحاول الوالدان قدر المستطاع الحضور في وقت يكون فيه الطفل مرتاحاً ومسترخياً . ويجدر بالوالدين في غضون هذه الأوقات أن يصغوا بانتباه له وأن يتيحوا للطفل التحكم بسير المحادثة . فلا مجال هنا للتعليم ، إذ أن الغرض الرئيس يتمثل في إظهار الوالد تقديره للطفل .

يعاني العديد من الوالدين من مشكلات في إجراء جلسات اللعب أو الاستماع مع أطفالهم . من هنا ، قد يتوجب على العياديين نمذجة الاستراتيجيات الفعالة ، ومن ثم تدريب الوالدين أثناء إجراء هذه الجلسات في العيادة .

استراتيجيات تعديل السلوك

تتمثل الفرضية الأساسية لتعديل السلوك فيما يلي : إن ما يحدث قبل السلوك أو ما يسمى بسوابق السلوك وما يعقبه أو يتبعه هي التي تتحكم باحتمالية حدوث فعل معين . ومن أجل تعديل السلوك ، ينبغي أن يعمل العياديون مع الأسر لتغيير السوابق والتوابع للسلوكات المشكلة للطفل .

أ ـ تعديل سوابق السلوك أو مسبباته

يشير مصطلح « المسببات » أو السوابق إلى البيئة التي يتم ضمنها السلوك. إذ أن هناك مجموعة واسعة من المتغيرات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار لدى وصف بيئة السلوك ، بما في ذلك العوامل البيئية والأسرية ، إضافة إلى سمات الطفل .

١ ـ تعديل البيئة

قد يكون تعديل العوامل البيئية التي تسهم في حدوث السلوكات المشكلة إحدى أكثر الطرق فعّاليّة في الحد من هذه السلوكات فعلى سبيل المثال ، إذا كان الطفل يواجه مشكلة في إكمال أداء الواجبات البيتية بسبب سهولة تشتت ذهنه ، فقد يكون توفير مكان عمل هادئ ناجحًا في تعزيز الانتباه والإنتاجية. إضافة إلى ذلك ، فإن الطريقة التي يستخدمها الوالدان لطرح طلبات على أطفالهم تؤثر في استجابة الأطفال لها .فعندما يصيغ الوالدان الطلب على شكل سؤال طويل (من مثل « هل تمانع في إطفاء التلفاز وفي المساعدة في توضيب الطاولة حتى لا أضطر للقيام بكل شيء بنفسي ؟»)، تقل احتمالية الإذعان لهذا الطلب . أما إذا تمت صياغة الطلب بشكل واضح ومباشر (من مثل « أريدك أن توضب الطاولة الآن ») ، فتزداد احتمالية الإذعان للطلب . ويمكن أيضا توظيف الاستراتيجيات ـ التي بحثت سابقًا في معرض الحديث عن تحسين العلاقة بين الوالد والطفل ـ من أجل تعديل مسببات السلوك المقاوم وغير المطيع ، مما يؤدي إلى جعل الطفل يتصرف على نحو أكثر تعاونًا واحترامًا .

وحتى في المواقف التي تكون فيها مسببات سلوك مشكل صعبة التغيير ، فإن تحديد هذه السوابق أو المسببات مهم وذلك لتمكين الوالدين من التنبؤ بالمواقف المسببة للمشكلة ، مما يمكّن الوالدين من الاستعداد أكثر لمواجهتها . فعلى سبيل المثال ، من الشائع أن يستجيب الطفل للطلبات على نحو مختلف من والدين مختلفين . وكذلك قد يستجيب الطفل للطلبات المقدمة من الوالدين على نحو مختلف عن الطلبات من الراشدين خارج نطاق المنزل ، من مثل المدرسين أو الأجداد . وقد تعكس التباينات في الطريقة التي يستجيب بها الأطفال للراشدين تفاوتات في استراتيجيات إدارة السلوك التي استخدمها الراشدون سابقًا . أو تفاوتات في الأدوار التي يؤديها الراشدون في حياة الأطفال . فإذا ما تولى أحد الوالدين المسؤولية الرئيسة لجعل الطفل يؤدي مهمات مجهدة من مثل

الواجبات البيتية والأعمال المنزلية في حين تولى الوالد الآخر مسؤولية الانخراط في نشاطات محببة عموماً مع الطفل ، فيرجح أن يقاوم الطفل الطلب المقدم من الوالد الذي يلزم بالطلبات المجهدة . من هنا ، يتبين لنا أن الكشف عن هذه المواقف قد يحسن من فهمنا لسلوك الطفل ، مما يفيد في عملية إعداد خطة تدخل علاجي .

٢ ـ تحليل طبيعة الطفل المزاجيّة :

يكمن المسبب الآخر للسلوكات المشكلة في طبيعة الطفل ذاتها . ويشير مصطلح « الطبيعة المزاجيّة » (Temperament) إلى الأسلوب السلوكي الذاتي للطفل . إذ أن هناك علاقة بين العديد من جوانب طبيعة الطفل المزاجيّة ـ من مثل مدة الانتباه ومستوى النشاط والتشتت ، والإلحاح ـ واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنه توجد هناك جوانب أخرى في طبيعة الطفل المزاجيّة قد تسهم أيضا في مشكلات السلوك . فعلى سبيل المثال ، غالباً ما يجابه الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التكيف من صعوبة في التأقلم مع المتطلبات المتغيرة . من هنا ، يجدر إعداد هؤلاء الأطفال للمراحل الانتقالية وإدخال التعديلات تدريجياً . ومع وجود تباينات في الطبيعة ، فإن عدم التوافق بين طبيعة الطفل وتوقعات الراشدين هو الذين يسبب المشكلة . فعلى سبيل المثال ، يتسامح بعض الوالدين مع الأطفال الذين يستجيبون لخيبة الأمل على شكل نوبة غضب حادة جداً وقصيرة بينما يعتبر والدون آخرون هذا النوع من الاستجابة غير محتمل . من هنا ، فإن الكشف عن أبعاد طبيعة الطفل المزاجيّة يمكن أن يساعد الوالدين على التنبؤ بالمواقف التي يغلب أن تسبب مشكلة وعلى تطور استراتيجيات ناجحة لمد يد العون لطفلهما .

ويعتبر فهم مسببات السلوك المشكل وتعديلها ـ إن أمكن ـ ضرورياً في علاج الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ أنه بالإمكان أن تكون هذه الأنواع من التدخلات فعالة ، وغالباً ما لا تستدعي جهداً إضافيا من

قبل الوالدين . غير أن تعديل سوابق السلوك ومسبباته قد لا يكون كافياً لإحداث الدرجة المرغوبة من التحسن في سلوك الطفل والتفاعلات بين الوالد والطفل . من هنا ، ينبغي أن يُركز الإرشاد عموماً على تعديل نتائج السلوك أو توابعه أيضا .

ب - تعديل نتائج السلوك أو توابعه

قد تكون نتائج السلوك معززات (Reinforcers) في حالة زيادتها لاحتمالية حدوث السلوك في المستقبل أو قد تكون مثبطات (Punishers) في حالة تقليلها من احتمالية حدوث السلوك في المستقبل . أما تحديد فيما كانت نتيجة السلوك أو توابعه أمراً معززاً أو مثبطاً فيعتمد على تأثير الاستجابة على السلوك المستقبلي بالنسبة للشخص الذي ينقل النتيجة . وقد تم إثبات أهمية هذه القضية في دراسة قام بها مادسون (Madsen) وبكر (Becker) ، وتوماس (Thomas) ، وكوسر (Koser) وبليجر (Plager) على طلاب من الصف الأول ابتدائي . وقد وجد هؤلاء الباحثون أنه كلما ازداد طلب المدرسين إلى الطلاب بالجلوس ، كلما زاد عدد مرات وقوف الطلاب في أوقات غير مناسبة . بالتالي ، في حين كان المدرسون يقصدون التقليل من تكرار سلوك الوقوف ، كان طلب الجلوس يسترعي انتباه الطفل بدون قصد ، وأصبح بمثابة عامل معزز لسلوك الوقوف . يبحث القسم التالي في استراتيجيات تعزيز السلوكات المناسبة والحد من السلوكات غير المناسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

١ - تعزيز السلوكات المناسبة

عندما يلجأ الوالدان إلى الإرشاد ، فغالباً ما يكون الغرض الأساس من ذلك تقليل السلوكات الفوضوية للطفل التي تحدث في المنزل وفي المدرسة . وقد يسارع العياديون في البداية إلى اقتراح استراتيجيات تقليل السلوك أو معاقبته، غير أن هذا التوجه غالباً ما يكون مضراً لأنه قد يؤدي إلى زيادة الإحباط

والغضب لدى الطفل . أما التوجه الأكثر تعقلاً فيتمثل في إعادة توجيه الطلب المتعلق بتقليل السلوك بحيث يتم التركيز على تعزيز سلوك لا يتواءم مع السلوك المشكل ذي الصلة الأساسية . فمثلاً ، إذا كان مصدر اهتمام الوالدين يتمثل في اعتياده الرد بوقاحة وعدم احترام لدى الطلب إليه القيام بأمر ما ، فإن إحدى الاستراتيجيات المفيدة في هذه الحالة هي العمل على تحقيق إذعان الطفل للقوانين المنزلية على نحو ملائم ومحترم .

١ / ١ - اختيار السلوك المناسب للتعديل

يقوم الوالدان بطبيعة الحال في مستهل جلسة الإرشاد بعرض قائمة طويلة بمصادر قلقهم المتصلة بالسلوك في المنزل والمدرسة . من هنا ، فإن اختيار سلوك مستهدف مناسب يعتبر أمراً ضرورياً لإنجاح الإرشاد . وينبغي أن يكون الهدف الأولي للتدخل العلاجي سلوكًا له أهمية كبيرة بالنسبة للوالدين والطفل ، وسلوكًا ينطوي على احتمالية نجاح معقولة آخذين بعين الاعتبار نوعية التفاعل بين الوالد والطفل ومستوى مهارات إدارة السلوك لدى الوالدين . أما السلوكات التي تصعب معالجتها في البداية بالنسبة لمعظم الأسر فتتمثل في مشكلات النوم وصراع الإخوان . أما بالنسبة للسلوكات المستهدفة التي تستجيب عادة للتدخلات السلوكية فتتمثل في زيادة الإذعان لمطالب الوالدين ولقوانين الأسرة. وتكمن حسنة استهداف الإذعان لمطالب الوالدين في أن التحسنات في هذا الميدان غالباً ما تؤدي إلى تقليل السلوكات غير المناسبة من مثل العدوانية والفوضوية.

يعاني معظم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات تتصل بالالتزام بالقوانين عدة مرات خلال اليوم . لذلك ، يعتقد العياديون أنه من المفيد تركيز التدخلات العلاجية على فترة واحدة من اليوم في كل مرة . فعلى سبيل المثال ، من المفيد في أغلب الأحيان وضع نشاط صباحي

إضافة إلى توفير فترة لحل الواجبات بعد المدرسة . وبحكم التجربة العملية ، يمكننا القول بأنه يتوجب على العياديين الشروع بفترة واحدة من اليوم لدى وجود احتمالية كبيرة نسبيًا لتحقيق نجاح وذلك لبناء ثقة الوالدين والطفل في إمكانية النجاح عند التعاون في تنفيذ خطة التدخل العلاجي .

١ / ٢ ـ تقديم الرعاية الأبوية الإيجابية

ما أن يتم تأطير سلوك ضمن حدود إيجابية كهدف للتدخل العلاجي ، تكون الخطوة التالية تطوير منظومة من التوابع أو النتائج التي ستزيد من حدوث السلوك . هذا وقد برهنت الأبحاث بشكل مقنع بأن رعاية الراشد تشكل دافعًا قويًا لسلوك الطفل ، وباستطاعته أن يؤدي إلى تقوية السلوكات المرغوبة وغير المرغوبة . من هنا ، فإن مساعدة الوالدين على تقديم رعاية إيجابية لأطفالهم على نحو استراتيجي قد تكون مفيدة جدًا في تحسين السلوكات المستهدفة . فعلى سبيل المثال ، فإن إظهار الانتباه لإذعان الأطفال للقوانين والثناء عليهم بسبب ذلك ، مع التجاهل المنظم للأطفال لعدم اتباعهم للقوانين ، سيؤدي عمومًا إلى حدوث سلوك أكثر إذعانًا . فكلما ازدادت إيجابية التفاعل بين الوالد والطفل، كلما زادت بطبيعة الحال احتمالية تحسين الاهتمام الأبوي للسلوكات المستهدفة. إضافة إلى ذلك ، يكون الثناء أكثر فعّاليّة عندما يحدد الوالدان السلوك الذي تم تعزيزه (من مثل : « أنا فعلاً أقدر قيامك بإفراغ سلة المهملات») من أن يتم تقديم تغذية راجعة مبهمة وغير محددة (من مثل : «أشكرك على مساعدتي »).

١ / ٣ ـ توظيف معززات عينية

لا تعتبر استراتيجية استخدام الانتباه الإيجابي ـ على الرغم من فائدتها ـ كافية عمومًا لإحداث المستوى المرغوب من تغيير السلوك لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . أما التدخل الأكثر قوة فيتمثل في رفد الثناء الكلامي بمعززات عينية من مثل منح الامتيازات والأشياء المادية ، أو

الوجبات الخفيفة في بعض الحالات . إذ أن المعززات العينية تمثل حلقة في سلسلة التدخل العلاجي ، وتعتبر الامتيازات الأكثر تفضيلاً ؛ بينما يعتبر الطعام الأقل تفضيلاً ، أما الأشياء المادية - من مثل الألعاب أو النقود - فتحتل مركزاً متوسطاً من حيث القبول . كما ينبغي على العياديين بطبيعة الحال أن ينصحوا الوالدين بتوظيف أعلى مستوى مؤثر من المعززات مع الطفل . ويمكن القول عموماً أنه كلما كان الطفل أكبر سناً ، كلما ارتفع مستوى المعزز الفعال ، غير أن مستوى العمر التطوري والاندفاعية يعتبران عاملين مهمين ينبغي أخذهما بعين الاعتبار لدى تقرير أكثر المعززات ملاءمة .

من المهم أن يتم منح الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تعزيزاً إيجابياً على نحو متكرر ، بحيث يكون ذلك عقب حدوث السلوك المرغوب قدر الإمكان . عموماً ، ليس من الملائم أن يتم تقديم امتياز أو لعبة في كل مرة يقوم بها الطفل بالاستجابة المستهدفة . إذ يمكن بدلاً من ذلك اللجوء إلى نظام إعطاء القسائم أو الأشياء الرمزية (Tokens) من أجل التعزيز ، فلها فائدة كبيرة . ويكون ذلك بإعطاء الطفل قسيمة أو فيشة (Chip) لدى حدوث السلوك المرغوب . وبمقدور الطفل في أوقات مقررة أن يبدل هذه القسائم أو الفيشات بمعززات موجودة من مثل الامتيازات أو الألعاب .

١ / ٤ - المحافظة على قيمة المعززات

تكمن المشكلة المحتملة في استخدام طرق تعزيز عينية لدى معالجة أطفال مصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في احتمال فقدان المعززات لقيمتها مع مرور الوقت . ولهذا السبب ، من المفيد أن يتم تنويع المعزز مراراً وربما مع إضفاء عنصر المفاجأة . فعلى سبيل المثال ، إذا حصل الطفل على أحد المعززات ، فبإمكانه أن يرمي حجر النرد لتحديد ماهية جائزته . أما الاستراتيجية الأخرى فهي استخدام « محفز سري » ، بحيث يقرر الوالدان في مستهل فترة زمنية معينة - من مثل ، أسبوع ماهية المعزز ، ويكتبانه على ورقة،

ويضعانها في مغلف ويغلقانه ، ومن ثم يضعانه في مكان لا يستطيع الطفل الوصول إليه . وخلال الأسبوع ، يستطيع الوالدان والطفل الإشارة إلى المحفز السري في كثير من الأحيان . وفي نهاية الأسبوع يستطيع الطفل في حالة حصوله على عدد كاف من النقاط أن يفتح المغلف ويعرف الجائزة .

١ / ٥ - الفرق بين التعزيز والرشوة

غالباً ما يحتار الوالدان والعياديون في تمييز الفرق بين تعزيز سلوك مرغوب ورشوة الأطفال للتصرف على نحو مناسب . ويجدر استيعاب هذا الفرق من أجل إحداث إدارة فعالة للسلوك . لا يواجه الراشدون صعوبات في تحديد معنى الرشوة في حياتهم العادية ، فإذا ما أعطي شخص مالاً من أجل القيام بشيء خاطئ ، من مثل مخالفة القانون ، ففي هذه الحالة يعتبر المال رشوة . وفي المقابل ، فإن الحصول على راتب لقاء أداء مهمة لا يعتبر رشوة . من هنا ، إذا ما استخدمنا المصطلحات السلوكية ، فإن التمييز بين الأمرين يبنى على أساس اعتبار المعزز المقدّم بسبب سلوك مناسب أم سلوك غير مناسب .

وفي حالة إدارة سلوك طفل معين ، يظل التمييز نفسه قائماً بين تعزيز السلوك المناسب والرشوة ، فعلى سبيل المثال ، إذا قال الوالدان لأطفالهم في محل البقالة بأنهما سيشتريان لهم أشياء معينة عند الخروج من محل البقالة إذا ما ظلوا بالقرب من والديهم ولم يلمسوا الأغراض الموجودة على الرفوف . في هذه الحالة ، يتيح الوالدان فرصة للأطفال للحصول على معزز لقاء سلوك مناسب . وفي المقابل ، إذا أظهر الطفل غضباً حاداً أثناء وقوفه في طابور محاسبة المشتريات ، وأعطاه الوالدان شوكولاتة ليهدأ ، فإن الوالدين في هذه الحالة يقدمان رشوة للطفل . ففي هذه الحالة ، يقدم الوالد جائزة لقاء القيام بسلوك غير مناسب (نوبة الغضب) . ويكون بذلك قد تم تعزيز سلوك الغضب . وهناك طريقة أخرى . للتعبير عن الفرق ، ألا وهي أن التعزيزات هي نتائج إيجابية تقدم كجزء من خطة تجسيرية واستراتيجية ؛ أما الرشوات فهي

مكافآت يتم تقديمها من موقف دفاعي كاستجابة لمشكلة أو أزمة نشأت بالفعل .

تعتبر الرشوات واحدة فقط من الوسائل التي تستخدم لتعزيز سلوك غير مناسب . وكما ذكرنا سابقًا ، غالبًا ما يكون سلوك غير مناسب فعّالاً جدًا لاسترعاء انتباه الراشد أو لإتاحة الفرصة للطفل للتخلص من متطلبات مهمة ما . وفي حالة تعزيز سلوك غير مناسب عبر إحدى هذه الوسائل ، فمن الضروري جدًا معرفة ذلك بحيث يستطيع العيادي إرشاد الوالدين لإدارة المشكلة عبر وسائل لا تعزز ذلك السلوك عن غير قصد .

٢ ـ العقاب

يشير مصطلح « العقاب » إلى استجابات السلوك التي من شأنها أن تقلل من احتمالية حدوث السلوك في المستقبل . وتتضمن إجراءات العقاب الحرمان من اهتمام الراشدين أو من الامتيازات أو الأشياء المرغوبة ، كما تتضمن أيضا إدخال نتيجة مكروهة . غير أنه في حالة استخدام إجراءات العقاب وحدها ، فغالبًا ما لا تكون فعالة في تحسين السلوك ، حيث إنها لا تعلّم الوسائل المرغوبة للسلوك والذي تقوم به طرق التعزيز الإيجابية . لكن ، بالنسبة لبعض الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، لن تؤدي وسائل التعزيز الإيجابية إلى تناقص كاف في السلوك غير المناسب . وفي مثل هذه الحالات ، ينبغي أن تتضمن خطة إدارة السلوك كلاً من التعزيز الإيجابي والعقاب .

٢ / ١ ـ صرف اهتمام الراشد

يقوم الوالدان في بعض الأحيان بتعزيز سلوك غير مناسب عن غير قصد . وتتمثل إحدى الطرق المستخدمة لتقليل حدوث هذه السلوكات في وقف تقديم تعزيز إيجابي للسلوك غير المرغوب . وتسمى عملية وقف تعزيز سلوكات تم تعزيزها سابقًا بـ « الإقصاء » (Extinction) . وينبغي على العياديين الذين يرشدون الآخرين إلى استخدام الإقصاء لتقليل سلوكات غير ملائمة أن يدركوا وجود مشكلات معينة في توظيف هذه الاستراتيجية . وبسبب تعرض الطفل

لحالات عدة تم فيها تعزيز سلوك غير مناسب ، فمن المرجح أن استخدام إجراءات الإقصاء سوف يجعل السلوك المشكل أسوأ في بداية العملية . مثلاً ، إذا ما أدرك الطفل أن افتعاله نوبة غضب سيجعل والديه يسمحان له بالخروج من المنزل دون أن يكون قد أنهى واجباته المنزلية ، بالتالي ، ففي المرة الأولى التي يرفض الوالدان السماح له بالخروج حتى ينهي واجباته المنزلية فيرجح حدوث نوبة غضب حادة وطويلة . وقد يستغرق الأمر عدة محاولات إلى أن يدرك الطفل أن نوبات الغضب لم تعد فعّالة . بعد ذلك ، تبدأ نوبات الغضب بالانخفاض من حيث العدد والحدة . من هنا ، يظهر لنا أن الإقصاء يزيد السلوكات المشكلة سوءاً في مستهل الأمر ، وهذا يحدث في أغلب الأحيان . لهذا السبب ، فإن أفضل استخدام لهذه الطريقة هو في توظيفها للسلوكات المشكلة المزعجة ولكن ليس للسلوكات المشكلة الخطرة أو التدميرية . إذ أنه في حالات السلوكات الخطرة أو التدميرية ، فقد يُلجأ إلى طرق عقابية أكثر تقييداً .

٢ / ٢ ـ سحب الامتيازات

بالإمكان أن يصبح فقدان الامتيازات ـ أو حجب المعززات ـ نتيجة فعالة جداً للسلوك غير المناسب ، خصوصاً في حالة كون الامتياز المسحوب مرتبطاً منطقياً مع السلوك غير المناسب . فعلى سبيل المثال ، قد لا يسمح للطفل الذي لم يؤدّ واجباته بمشاهدة التلفاز ، وإذا ما تشاجر إخوان من أجل لعبة ما ، فقد يحرم كلاهما من فرصة اللعب بها لفترة من الوقت . والمراهق الذي يظل خارج البيت لوقت متأخر فيمكن منعه من الخروج لبضعة ليالي . أما في حالات أخرى، فقد لا تتوافر هناك نتائج منطقية . وغالبًا ما يكون ذلك في حالة ضيق الوقت لإتمام نشاط ما أو في حالة جعل الطفل يذهب للنوم . وكذلك الحال بالنسبة لطفل يستغرق وقتًا طويلاً للاستعداد للذهاب للمدرسة ، إذ أنه ليس منطقياً أن يتم منعه من الذهاب للمدرسة إلى أن يكون مستعداً . في مثل هذه الحالات ، يستطيع العياديون تطوير نظام قسائم أو رموز (Token System)

حيث يتمكن الطفل من الحصول على نقاط لقاء انخراطه في سلوكات مرغوبة ، ومن خسارة نقاط لقاء قيامه بسلوكات غير مناسبة . ويمكن بعد ذلك استبدال هذه القسائم بمعززات تتوفر بعد المدرسة أو في إجازة نهاية الأسبوع .

وفي حالة استخدام إجراءات حجب المعززات ، ينبغي أن يحدد العياديون المدة الزمنية الموصى بها لحجب المعززات . وعادة ما يكون من الأفضل سحب الامتيازات لفترة قصيرة أو على نحو تدريجي . مثلاً ، إذا أدى سلوك غير مناسب إلى الحرمان من مشاهدة التلفاز طوال تلك الليلة ، فيكون الوالدان قد استنفدا معززاً قيما للسلوك المناسب ، وكذلك إجراءً عقابياً فعالاً للسلوكات غير المناسبة الأخرى التي قد تحدث في تلك الليلة . وفي المقابل ، إذا ما سُمح للطفل بمشاهدة التلفاز لساعة واحدة كل ليلة بحيث يخسر عشر دقائق من وقت التلفاز في كل مرة يسيء التصرف فيها ، ففي هذه الحالة سيحتاج إلى القيام بهذا السلوك ستة مرات قبل أن يحرم من وقت مشاهدة التلفاز كله .

أما المشكلة الأخرى في استخدام إجراء عقابي لمدة طويلة أو غير محددة من الوقت فتتمثل في أنها قد تحبط الطفل ، أو تفاقم مستوى عصيانه ، أو تفضي إلى وتيرة متصاعدة من العقاب الذي لا يمكن تنفيذه . فعلى سبيل المثال، فإن المراهق الذي يرغب بلقاء أصدقائه لكنّه ممنوع من الخروج لأسابيع، فقد يشعر أنه لم يتبق شيء يخسره إذا ما حاول التسلل خارجاً لرؤية أصدقائه. بالتالي ، قد يشعر الوالدان أنه لم يتبق أمامهما من خيار سوى تهديد المراهق بفترات عقابية أطول ولكن دون هدف أو معنى فعلي . من هنا ، يتبين لنا أن حجز المراهق لليلة واحدة يتيح له فرصة لإظهار مقدرته على التصرف على نحو مسؤول ، ويتيح للوالدين فرصة توظيف هذه الممارسة مجدداً في حالة تصرف المراهق على نحو غير مسؤول في اليوم التالي . وهناك بديل عن الحجز المتعلق بالوقت ألا وهو الحجز المتعلق بالمهمة ، حيث يتوجب على الأطفال المكوث في البيت إلى أن ينهوا عملاً إضافياً ما لا يطلب منهم عادة القيام به . في هذه

الحالة ، يحدد الطفل مدة العقاب . ويمكن عقاب سوء التصرف المتواصل عبر الزيادة التدريجية في صعوبة الأعمال التي ينبغي القيام بها أو في عددها .

إذا تم التدرج في سحب الامتيازات أو الحجز لمدة قصيرة فلا يبدو أن ذلك يقلل من السلوك غير المناسب ، كما ينبغي أن يستعلم العياديون عمّا يفعله الطفل خلال فترة نفاذ العقاب ، وعن مدى جودة تنفيذ العقاب من قبل الوالدين . فإذا كان للطفل عدة نشاطات أخرى مفضلة إبان فترة العقاب ، فقد لا يكون لسحب امتياز تأثير على سلوك الطفل . وكذلك الوضع إذا كان الوالدان لا يقومان بتنفيذ العقاب على نحو متوازن ، فليس من المحتمل أن يغير العقاب سلوك الطفل .

٢ / ٣ - الحرمان المؤقت **Time - Out**

لقد تم بحث فعّالية اهتمام الراشد في تعزيز سلوك مناسب . أمّا الآن فسنتحدث عن « الحرمان المؤقت » وهو الحرمان المنظم لطفل من فرصة الحصول على اهتمام الراشد . وبالإمكان أن تصبح هذه الطريقة عقاباً مؤثراً على سلوك غير مناسب . وحتى يكون الحرمان المؤقت فعالاً ، يجب توخي اتباع الإجراءات بعناية وبانسجام .

تكمن الخطوة الأولى في تقرير فيما إذا كان من المناسب أن يتم تعليم الأسرة إجراء الحرمان المؤقت . ففعّالية الحرمان المؤقت تعتمد على شعور الطفل بتضاؤل اهتمام الراشد والمعززات الأخرى في حالة تطبيق الحرمان المؤقت عليه . أما إذا كان الطفل يتلقى أصلاً اهتماماً قليلاً من الراشد أثناء اليوم ، فلا يرجح أن يكون الحرمان المؤقت فعالا . في مثل هذه الحالات ، ينبغي أن يركز العيادي على زيادة الاهتمام الإيجابي الذي يقدمه الراشد للطفل قبل تعليم استراتيجية الحرمان المؤقت . علاوة على ذلك ، يجب أن يعرف العيادي فيما إذا كان سوء السلوك يحدث كوسيلة للتهرب من الأعمال أو المسؤوليات . فإذا كان الطفل غالباً ما ينخرط في سلوكات مشكلة لتجنب

مهمات معينة ، فقد لا يكون إجراء الحرمان المؤقت فعّالاً لأنه يتيح للطفل الاستمرار في تجنب هذه المسؤوليات . وإذا ما استخدم الحرمان المؤقت في هذه الحالة ، فينبغي أن يطلب إلى الطفل إكمال المهمة في غضون فترة إجراء الحرمان المؤقت .

عندما يتم اتخاذ القرار المتصل بالتدريب على إجراء الحرمان المؤقت ، فيجب أن يساعد العيادي الأسرة من أجل الكشف عن السلوكات التي ستفضي إلى توظيف إجراء الحرمان المؤقت . ومن الأفضل أن يتم فقط البدء بسلوك أو سلوكين مشكلين يتطلبان الحرمان المؤقت وذلك من أجل ضمان عدم الإفراط في استخدام هذا الإجراء . فالإفراط في استخدام الحرمان المؤقت قد يكون ضاراً وقد يؤدي إلى زيادة العدائية لدى الطفل . إضافة إلى ذلك ، يرجح أن يزيد تحديد استخدام الحرمان المؤقت من اتباع الراشدين إلى النهاية ، إذ قد يكون تنفيذ الحرمان المؤقت عسيراً مما قد يُفضي إلى نوبات غضب مطوّلة . ولدى تطبيق هذا الإجراء ، لا ينبغي أن يقدم الوالدان أكثر من تحذير قصير واحد قبل وضع الطفل قيد الحرمان المؤقت . فقد تعزز التحذيرات المتعددة أو المناقشات المطولة مع الطفل السلوك المشكل .

ويمكن نظرياً أن يتم الحرمان المؤقت في أي مكان لا يوفر متعة للطفل ولا يعرض سلامة الطفل للخطر لدى حرمانه من اهتمام الراشد . أما من الناحية العملية ، فكثيراً ما يتم استخدام كرسي في غرفة المعيشة أو في غرفة الطعام . فحين يسيء الطفل التصرف وبعد تحذيره ، ينبغي أن يصدر الراشد عبارة مقتضبة وحازمة وغير قاسية تشير إلى المخالفة التي تمت (من مثل « الضرب ممنوع ، حرمان مؤقت ») ، ومن ثم يضع الطفل على كرسي الحرمان المؤقت بهدوء . ويجب أن يطلب إلى الطفل الجلوس على الكرسي لفترة قصيرة . ويوصي عموماً بأن تمتد هذه الفترة دقيقة واحدة لكل سنة عمريّة بحد أقصى مقداره عشر دقائق . غير أنه يتوجب أن يظهر الطفل إشارات أو علامات تدل

على الهدوء قبل أن يُسمح له بالنزول عن الكرسي . وقد تصل مدة الحرمان المؤقت إلى ٣٠ - ٦٠ دقيقة - أو أكثر في حالات نادرة - خاصة عندما تفضي حالة الطفل إلى نوبة غضب مطوّلة . هذا ويجب على الوالدين عقب مدة الحرمان المؤقت مراقبة الطفل وتقديم اهتمام إيجابي فور تصرف الطفل بشكل إيجابي . أما إذا ما استمر الطفل في إحداث نوبة غضب . فيتم إرجاعه إلى الكرسي لبضع دقائق أخرى من الحرمان المؤقت .

تتمثل أكثر المشكلات شيوعًا في توظيف إجراء الحرمان المؤقت في نزول الطفل عن الكرسي قبل أن يُسمح له بذلك ، وفي هذه الحالة ، إذا ترك الطفل الكرسي في وقت مبكر جدًا ، فيتوجب إرجاعة إلى الكرسي مع إضافة دقيقة أو دقيقتين إلى الوقت الأصلي . وإذا ما استمر الطفل في مغادرة الكرسي قبل انتهاء فترة الحرمان المؤقت يصبح الوضع أكثر تعقيداً ، حيث إن محاولات إبقاء الطفل على الكرسي قد تمنح الطفل ، عن غير قصد ، اهتمام الراشد مما يفسد الغرض الذي فرض الحرمان المؤقت من أجله . وفي هذه الحالة ، يتوافر هناك عدد من البدائل :

١ - إرسال الطفل إلى غرفته : إذ يمكن استخدام غرفة الطفل كمكان للحرمان المؤقت ما دامت الألعاب المفضلة جدًا والتلفاز غير موجودة في غرفة الطفل. وإذا غادر الطفل الغرفة ، فيستطيع الوالدان أن يوصدا الباب بإحكام - دون إغلاقه - حتى يتوقف الطفل عن محاولة الخروج . ويجب أن يُشغّل الوالدان ساعة التوقيت عندما يكف الطفل عن محاولة فتح الباب . أما إذا فتح الطفل الباب قبل انتهاء فترة الحرمان المؤقت ، فيجب على الوالدين إرجاعه إلى الغرفة وإعادة تشغيل ساعة التوقيت من جديد .

٢ - سحب امتياز : بالإمكان سحب امتياز من الطفل على نحو تدريجي في كل مرّة يترك فيها كرسي الحرمان المؤقت . وحتى يكون ذلك فعالاً ، ينبغي أن

يحدد الوالدان امتيازًا مرغوبًا جدًا يتلقاه الطفل عادة (من مثل ركوب الدراجة ، أو زيارة صديق) .

٣ - إجراءات الحجز : هناك إجراءات لحجز طفل على كرسي مع تقديم أدنى حد من الاهتمام له في الوقت ذاته . من هنا ، يتوجب أن يتعلم العياديون هذه الإجراءات عن طريق اختصاصيين يكونون خبراء في استخدامها . إذ أن الاستخدام غير المناسب للحجز ، قد يؤدي في أفضل الحالات إلى تعزيز غير مقصود للسلوك غير المناسب ، وقد يؤدي إلى إيذاء الطفل في أسوأ حالاته .

٤ - صفع الطفل أو العقاب البدني : يوصي بعض الخبراء باستخدام العقاب البدني أو الصفع كإجراء يُلجأ إليه في حالة عدم التزام الطفل بالحرمان المؤقت . غير أن دواعي القلق المتعلقة بالتأثيرات العكسية المحتملة (والتي ستتم مناقشتها في القسم التالي) أثارت تساؤلات جدية حول استخدام هذه الطريقة لتنفيذ إجراء الحرمان المؤقت .

عندما يكون الأطفال في فترة حرمان مؤقت ، فغالبًا ما ينخرطون في سلوكات ترمي إلى استدرار انتباه واهتمام الراشد . إذ عادة ما يعتبر الأطفال والديهم غير لطيفين ومؤذيين ، أو أنهم عادة ما يُعبّرون عن كرههم لوالديهم . من هنا ، يجب أن يدرك الوالدان هذه الأمور على أنها محاولات لجلب انتباههما، لكنه قد يتوجب عليهما التأكد من أن تجاهل هذه العبارات من قبل أطفالهم يعتبر مناسبًا وضروريًا لتحقيق فعّالية الحرمان المؤقت . من جانب آخر، قد يصعب على الوالدين تجاهل تعبير الطفل عن شعوره بالمرض أو رغبته بالذهاب إلى الحمام ، لكن ما لم يتوافر دليل على مرض الطفل قبل إخضاعه للحرمان المؤقت ، فيجب أن يتجاهل الوالدان الأمر . فإن لم يفعل الوالدان ذلك ، فإنه يرجح أن يلجأ الأطفال إلى قول أشياء مماثلة في كل مرّة يتم إخضاعهم للحرمان المؤقت . حيث إن فترة الحرمان المؤقت قصيرة بطبيعتها مما يُسهّل على الوالدين تجاهل مثل هذه الأعذار . كما أنه نادرًا ما يبول الأطفال على

أنفسهم أو يتقيّؤون خلال فترة الحرمان المؤقت . وينبغي بالطبع أن يراقب الوالدان أطفالهم في غضون الحرمان المؤقت . غير أنه يتوجب عليهما في العادة مواصلة مدة التدخل العلاجي في حالة حدوث مثل هذه الأمور . ويجب أن يكون الوالدان مهيئين لتجاهل هذه الأمور ، ومن ثم جعل الطفل يساعد في تنظيف ما ينتج عن الفوضى أو التقيؤ عقب انتهاء فترة الحرمان المؤقت . وعلى الرغم من ندرة حصول مثل هذه الأمور فيجدر التفكير في هذه الاحتمالات لدى اختيار مكان الحرمان المؤقت . إضافة إلى ذلك ، ستساعد مناقشة هذه الاحتمالات الوالدين في جعلهما يشعران بأنهما مستعدان لإدارة الوضع حتى في أسوأ الحالات .

٢ / ٤ ـ العقاب البدني

قد يمثل استخدام العقاب البدني استراتيجية الرعاية الأبوية الوحيدة التي ولّدت أكبر مقدار من الجدل . ويمكننا القول باختصار أن الدراسات تشير إلى أن صفع المراهقين غير فعال ، وكذلك فهو مرتبط مع ظهور العدوانية في فترات الحياة اللاحقة . علاوة على ذلك ، ليست هناك علاقة بين استبعاد العقاب البدني في المدرسة والزيادة في مشكلات السلوك في ذلك المكان . ويضاف إلى ذلك أن العقاب البدني في المدارس قد ارتبط مع حدوث تأثيرات سلبية على مفهوم الذات وعلى ظهور أعراض قصيرة وبعيدة المدى لتلك الضغوط ، وعلى الإصابات الجسمية في أحيان معينة . لذلك لا يعتبر الصفع مناسباً في المدارس أو عند التعامل مع مراهقين أو أطفال صغار جداً .

يكمن أعظم جدل قائم الآن في مدى ملاءمة صفع الوالدين لأطفال ما قبل المدرسة أو لأطفال المرحلة الابتدائية. إذ أن الصفع يعتبر واسع الاستخدام ـ أو حسب المناسبات على أقل تقدير ـ من قبل والدي الأطفال ممن هم في هذه الفئات العمرية ، وفي الوقت ذاته ، يعتبر الوالدان ـ على وجه العموم ـ هذا الشكل من العقاب أقل أشكال العقاب قبولاً بالنسبة إليهم . ويفضل معظم

الوالدين عدم اللجوء إلى صفع أطفالهم فيما لو توافرت بدائل فعالة . علاوة على ذلك ، فقد دلت بعض الدراسات على الأقل على أن استخدام العقاب البدني مرتبط مع تزايد العدوانية بين الأطفال . فإذا ما أخذنا هذه النتائج بعين الاعتبار وكذلك فعّالية الطرق البديلة في تأديب الأطفال ، سيتمكن العياديون من مد يد العون لكل الأسر تقريبًا عن طريق تزويدهم ببدائل للعقاب البدني .

اعتبارات نمائية

يعتمد تقرير استخدام استراتيجيات السلوك معينة في موقف معين على المستوى التطوري للطفل في أكثر الأحيان . ويمكننا القول على وجه العموم أنه كلما كان الطفل أصغر سنًا ، كلما زادت أهمية توفير توابع السلوك ونتائجه بسرعة عقب حدوث السلوك المستهدف . يضاف إلى ذلك أنه مع نمو الأطفال عمريًا ، وخصوصًا عندما يصبحون مراهقين ، يصبح الشروع في تدخلات الإدارة الذاتية مهمًا . (لمزيد من المعلومات حول تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك في سنوات ما قبل المدرسة والمراهقة ، انظر الفصول ٦ ، ١٢ ، ١٣) .

دور الطفل في عملية الإرشاد

كما أشارت الأقسام السابقة ، فمن الضروري أن يتولى الوالدان دورًا أساسيًا في عملية الإرشاد وذلك من أجل مساعدة الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وسوف يتفاوت الدور الذي يؤديه الطفل تبعًا لمستواه التطوري ودرجة الاندفاعية لديه . وبالنسبة للأطفال من مختلف الفئات العمرية ، يجب أن يلجأ العياديون إلى تحديد الاهتمامات الرئيسة للطفل ، ووجهات نظره تجاه المشكلات ، والمعززات المحتملة للسلوكات المرغوبة والهموم الوجدانية للطفل . إذ قد يُحس أطفال ما قبل المدرسة وأطفال المرحلة الابتدائية ـ وخصوصًا الاندفاعيون منهم ـ بالضجر والضيق سريعًا جرّاء الإرشاد الكلامي، مطالبين بأن يقوم العيادي بجمع المعلومات منهم بشكل كاف . ويجدر بالعيادي

في مثل هذه الحالات أن يشرك الأطفال لفترات قصيرة من الوقت ، بحيث يُقدم لهم ألعاباً ممتعة وملائمة كي يلعبوا بها بينما يعمل العيادي مع الوالدين . ومع تطور الأطفال ، تنمو مقدرتهم على إدامة الانتباه وعلى استيعاب الخبرات التي يمرون بها ومشاطرتها بحيث يتمكنون من تولي دوراً أكثر أهمية في التخطيط للاستراتيجيات السلوكية . ومع بلوغ الأطفال مرحلة المراهقة ، فمن المهم أن يكون لهم دور ناشط في تحديد أهداف التدخل العلاجي واستراتيجياته. وفي الواقع ، يرجح كثيراً أن يقاوم المراهقون جهود الوالدين لمساعدتهم إذا ما تم تجاهل مشاركتهم .

ويعتمد دور الطفل في الإرشاد أيضا على مستوى فهم مشكلات الطفل . إذ يشعر بعض الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بالقلق و/أو الاكتئاب تجاه مشكلات الأسرة والمدرسة والأقران . إضافة إلى ذلك ، يواجه بعض الأطفال مشكلات انفعالية ذات صلة بممارسات أبوية مؤذية لهم . وفي حالة مجابهة الأطفال لمشكلات انفعالية ، يجدر بالعياديين أن يفهموا تلك المشكلات ويقدّموا الدعم لهم. هذا وغالباً ما يصبح الأطفال الاندفاعيون الصغار هادئين نسبياً - حتى ولو كان ذلك لفترات قصيرة - لدى مناقشة مشكلات مزعجة وجدانياً بالنسبة إليهم . من هنا ، فإن إتاحة فرص للأطفال للكشف عن همومهم وتلقي دعم وجداني ضمن إطار المعالجة باللعب لفترات قصيرة قد يكون مفيداً أيضا . وفي حين أن المعالجة باللعب لا تعتبر عموماً استراتيجية مفيدة للتعامل مع المشكلات السلوكية للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فبالإمكان أن يكون هذا الشكل من العلاج مفيداً في حالة بحث المشكلات الانفعالية للأطفال صغار السن المصابين بهذا الاضطراب .

مقارنة بين الإرشاد المقتضب والإرشاد المطول المقدم للطفل والأسرة

يعتمد تقرير حاجة الطفل أو أسرة لإرشاد مقتضب أو مطول على عدة عوامل ، بما في ذلك مستوى الصعوبات الوظيفية التي يواجهها الطفل ، ونوعية

التفاعل بين الوالد والطفل ، ومستوى مهارة الوالدين ، وشدة الضغط الذي تعاني الأسرة منه . وقد يتمكّن العياديون في بيئات الرعاية الأولية من تقديم عناية كافية بهموم الطفل والأسرة في المواقف التي :

أ - تكون فيها مشكلات الطفل بسيطة إلى متوسطة ، وتتصل بجانب أو اثنين من المشكلة (من مثل ، مجادلة الوالدين ، أو التشاجر مع أخ أصغر سنًا، أو عدم القيام بالواجبات المنزلية) .

ب - ينخرط فيها الوالدان والطفل في إقامة علاقات داعمة ومعززة مشتركة.

جـ - يمتلك فيها الوالدان مستوى عاديًا على الأقل من مهارة الرعاية الأبوية، ولا يعانيان من أية ضغوطات أسرية غير عادية أخرى .

في مثل هذه الحالات ، قد يكفي عقد جلسات إرشاد قصيرة لحل المشكلات الرئيسة بحيث يتمكن العيادي خلالها من تقديم الدعم والمعلومات عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، كما يستطيع التعاون مع الوالدين والطفل لتطوير استراتيجيات إدارة سلوك .

وقد لا تتمكن العديد من الأسر التي تواجه اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من تلبية احتياجاتها عبر الإرشاد المقتضب . وفي هذه الحالة ، ينبغي على مقدم الرعاية الأولية أن يحيل الأسرة إلى اختصاصيين في المعالجة السلوكية الأسرية حالما تتضح له الحاجة لإرشاد مطول .

التحويل إلى اختصاصي معالجة المشكلات الزوجية ومشكلات الراشدين

في بعض الحالات ، لا تكون استراتيجيات الإرشاد المشروحة في هذا الفصل كافية لحل مشكلات الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومشكلات أسرهم . فعلى سبيل المثال ، غالبًا ما يكون الوالدان اللذان يعانيان من مشكلات زوجية كبيرة يعانيان أيضا من مشكلات في التعاون سويّة لتطوير استراتيجيات تدخل علاجي فعالة لأطفالهم وتنفيذها . ويضاف إلى ذلك

أن الأبحاث بينت أن المرض النفسي الذي يعاني منه الوالدان من مثل كآبة الأم أو السلوك الأبوي العدائي ، وعزلة الأم عن الأسرة والأصدقاء القادرين على تقديم الدعم الوجداني ، وكذلك الحرمان الاجتماعي - الاقتصادي ، كلها مؤشرات تدل على الفشل في الاستجابة للإرشاد الموجه سلوكياً .

من هنا ، وقبل تقديم الإرشاد ، يجب أن يكشف العيادي عن أية عوامل ضغط أسرية قد يكون لها تأثير على فعّالية التدخل السلوكي . ومن المفيد إجراء مقابلة مع الوالدين للكشف عن مشكلات أسرية قد يكون لها تأثير على سير عملية الإرشاد . إضافة إلى ذلك، تم تطوير مقاييس تقدير للمساعدة في الكشف عن متغيرات الضغط الأسري (انظر الفصل الثاني) . وفي الأسر التي يعاني فيها الآباء من مشكلات بسيطة تتعلق بالتفاعل الزوجي و/ أو التكيف الزوجي في حياتهم ، غالباً ما يكون بالإمكان معالجة هذه المشكلات ضمن إطار الإرشاد المطول ، وذلك بتوظيف العديد من الاستراتيجيات المعروضة في هذا الفصل . غير أنه عندما يعاني الوالدان من مشكلات زوجية و/ أو مشكلات راشدين تتراوح بين المتوسطة إلى الشديدة ، فقد يوصى بالإحالة إلى اختصاصيي المعالجة الأسرية والزوجية ، أو إلى عيادي متخصص في المعالجة النفسية للراشدين .

الخلاصة

تعتبر الرعاية الأبوية لطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تحدياً . من هنا ، يجب أن يكون الاختصاصيون مصدراً للمعلومات والفهم والدعم لهؤلاء الوالدين . وعندما تتوافر علاقة داعمة بين والد وطفل ، فغالباً ما يؤدي الإرشاد المقتضب إلى تحسن كبير في سلوك الطفل ، بشرط أن يتضمن ذلك تحديد طرق الحيلولة دون التعزيز غير المقصود لسلوكات مشكلة وتعليم الأسر استراتيجيات التعزيز الإيجابي والاستجابة الإيجابية . أما في حالة وجود عوامل ضغط أسرية شديدة . وكذلك لدى معاناة الوالدين أو الأطفال من صعوبات في العمل معاً ، فتدعو الحاجة إلى ممارسة الإرشاد طويل الأمد .

الفصل السادس

التدخلات التربوية للطلبة الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل السادس

التدخلات التربوية للطلبة الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

تعتبر تأثيرات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تأثيرات سريعة الانتشار. غير أن أكثر تأثيرات هذا الاضطراب عمقًا غالبًا ما يقع على الجوانب التربوية للطلبة . فمعظم الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هم من ضعاف التحصيل ويعانون من عجز في المهارات الدراسية . ويعاني حوالي ٢٥ ٪ من هؤلاء الطلبة إما من صعوبات في القراءة أو في الرياضيات ، في حين أن نسبة أعلى من ذلك بكثير يعانون من ضعف تحصيلي في القراءة والرياضيات والكتابة بدرجة لا تحقق معايير تصنيف وجود إعاقة تعلمية . من هنا ، يظل الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة معرضين كثيرًا لخطر الرسوب في الصف ، وإلحاقهم ببرامج التربية الخاصة ، وترك المدرسة . وقد دلت الأبحاث على أن الفشل الذريع في المدرسة قد يؤدي إلى مشكلات خطيرة في العلاقات الاجتماعية والأداء الوظيفي في مرحلتي المراهقة والرشد .

وهناك أسباب عديدة وراء معاناة الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات أكاديمية ، غير أنه تبرز أهمية عاملين اثنين على وجه الخصوص . أولاً : انخراط الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في التعليم الأكاديمي يكون أقل فعّالية من انخراط زملائهم . إذ يظهر الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مستويات متدنية من السلوك المتعلق بالمهمة إبان عملية التعليم ، وهم أقل إنتاجية من زملائهم لدى

الاستجابة للمقررات الدراسية . ثانيًا : يتطلب الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، والذين يعانون من وجود مواطن عجز في المهارات الدراسية مقدارًا أكبر من التعليم والتدريب وذلك من أجل مواكبة أقرانهم الذين لا يعانون من صعوبات تعلمية . غير أن الأنظمة التربوية للأسف غالبًا ما تكون غير مهيّأة لتزويد هؤلاء الطلبة بالتعليم والتدريب الإضافيين اللذين يحتاجونها . من جانب آخر ، غالبًا ما يقاوم الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة محاولات تقديم التعليم الإضافي إليهم .

تتوافر هناك عدة استراتيجيات لمد يد العون للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذين يعانون من مشكلات أكاديمية وسلوكية في البيئات التربوية . هذا ويمكن تصنيف اتجاهات التدخل العلاجي إلى أربع تصنيفات : التدخل الذي يوجهه المدرسون أساسًا (Teacher Mediated) ، والتدخل الذي يوجهه الوالدان (Parent Mediated)، والتدخل الذي يوجهه الأقران (Peer Mediated) ، والتدخل الذي يوجهه الطلبة أنفسهم (Self - Directed) . وفيما يلي نُقدم وصفًا مختصرًا للأنواع المختلفة من التدخلات . وعلى الرغم من احتمالية عدم جدوى تنفيذ العديد من هذه التدخلات من قبل الميدانيين، تظل معرفة هذه الاستراتيجيات مفيدة لدى التشاور مع الوالدين أو اختصاصيي المدرسة .

أ ـ الاستراتيجيات التي ينفذها المدرس

بوسع المدرسين أن يؤثروا على أداء الطالب وسلوكه عبر طريقتين عامتين:

١ ـ توظيف تدخلات تعليمية ، أي عبر تعديل طرق تدريس الطلبة .

٢ ـ تنفيذ تدخلات سلوكية أي عبر إدارة نتائج السلوك المنتج وغير المنتج.

١ ـ تدخلات تعليمية

يغلب أن ينتبه الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

للمدرسين عندما يوظفون مواد تعليمية ملائمة ، وعندما يقدمون التعليم على نحو واضح ومنظم وجديد . ونعرض فيما يلي لبعض الإرشادات من أجل تصميم تدخلات تعليمية .

١ / ١ ـ التوافق التعليمي Instructional Match

كثيرًا ما تتأثر مقدرة الطالب على الانتباه بمدى التوافق التعليمي - أي مدى الانسجام بين المهارات الدراسية للفرد ومستوى صعوبة المواد التعلمية . ففي دراسة أجريت على طلبة صغار في المرحلة الابتدائية وجد أنهم يعانون من مشكلات كبيرة في القراءة ، حيث وجد غكلنج (Gickling) وأرمسترونج (Armstrong) أن سلوك الانتباه ومعدل الإنتاجية في المقررات الدراسية كانا متدنيين جداً عندما طلب إلى الطلاب العمل على مواد منهجية صعبة للغاية . وفي المقابل ، عندما تم تعليم الطلاب ضمن مستوى تعليمي ملائم ، تحسن انتباههم وإنتاجيتهم كثيرًا جداً . إضافة إلى ذلك ، عندما تم تزويد الطلاب بمادة دراسية سهلة للغاية فقد ارتفعت نسبة إتمامهم للمهمة واستيعابهم ، غير أن انتباههم تدنى كثيرًا جداً .

من هنا يتبين لنا أن تعديل المواد التعليمية بحيث يحصل هناك مزيد من التوافق المنطقي بين مهارات الطلبة والمنهاج يولّد إمكانية تحسين انتباه الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . بالتالي ، فإنه لدى تقييم الأطفال الذين يعانون من مشكلات دراسية ومشكلات انتباه ، ينبغي على المدرسين تقييم التوافق التعليمي ووضع تعديلات في الإجراءات التعليمية والمواد التعليمية في حالة كون الطلبة غير معرضين مسبقًا لمواد المنهاج على نحو كاف. هذا وتوجد في معظم المدارس فرق دعم تعليمية أو فرق دعم الطلبة تجري تصنيفًا مقتضبًا للمهارات الدراسية . من هنا ، قد يكون مفيداً أن يطلب إلى هذه الفرق جمع معلومات عن مقدرة الطالب على التكيف مع مواد المنهاج المستخدمة في الصف . وتكمن فائدة ذلك في احتمالية معالجة مشكلة التوافق

التعليمي.

وغالبًا ما لا تكفي التعديلات في مواد المنهاج وأساليبه ضمن صفوف التعليم العام لتمكين الطلبة من مجاراة أقرانهم والتعلم بفعّالية . وفي مثل هذه الحالات ، قد يكون اللجوء إلى خدمات التربية الخاصة أمرًا مسوغًا . فقد كان الطلبة عادة يُنقلون من صفوف التعليم العام من أجل تلقي خدمات التربية الخاصة . غير أن العديد من المدارس تطبق طريقة الدمج عبر توظيف مدرس تربية خاصة للتعاون مع مدرسي التربية العامة مما يوفر دعمًا داخل الحجرة الصفية . من جانب آخر ، أثبتت الأبحاث أن تقديم خدمات التربية الخاصة لا يضمن تحسن تعلّم الطلبة . من هنا ، تقتضي الضرورة إجراء تدخلات تعلمية متخصصة للطلبة بحيث تتم مراقبة مستوى أدائهم بعناية للتأكد من اكتسابهم المهارات بمستوى مقبول .

١ / ٢ ـ تقديم التعليمات

يتمثل العامل الرئيس في زيادة احتمالية فهم الطلبة للتعليمات داخل الصف في ما يقوم به المدرسون قبل تقديم أحد الإرشادات . فمن الأمور التي تُهيئ الطلبة لتلقي التعليمات الاقتراب من الطالب ، وتقديم محفزات (من مثل ، استخدام اسم الطالب أو لمس كتفه) ، وتوفير التواصل البصري . يلي ذلك وجوب توصيل التعليمات بلغة واضحة وموجزة مع التركيز على الكلمات المفتاحية . وغالبًا ما يكون من المفيد أن يغير المدرس قليلاً من مستوى ارتفاع صوته وإيقاعه وذلك من أجل إشعار الطالب بقدوم تعليمات مهمة . أخيرًا ، ينبغي أن يتأكد المدرس من فهم الطالب للإرشادات (من مثل التأكد من أن الطالب يقوم بالمهمة الموكلة إليه) .

١ / ٣ ـ استخدام مواد تعلمية مبتكرة ومباشرة

يتمكن الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من إدامة الانتباه لفترات زمنية أطول عندما تعرض المهمات على نحو مبتكر وجديد . فعلى

سبيل المثال ، بين زنتال (Zentall) ورفاقه أن الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قادرون على الانتباه لمدة أطول مع تدني فرط حركتهم في الظروف التي تقدم فيها المعلومات باستعمال الألوان . وذلك بخلاف حالة استعمال اللونين الأبيض والأسود فقط . يضاف إلى ذلك إمكانية تحسين مدة الانتباه وتقليل فرط الحركة لدى تقديم مهمات للطلبة تتطلب استجابة نشطة وعضلية - حركية ، وكذلك لدى إتاحة فرص متكررة لتلقي تغذية راجعة مرتفعة الإثارة للأداء ، من مثل النشاطات التعلمية المعتمدة على الحاسوب . فقد وجد أن التعليم بمعاونة الحاسوب عمومًا يحسن من السلوك أثناء المهمة (On - Task Behavior) والمهارات الدراسية للطلبة الذين يعانون من صعوبات تعلمية . ويعتبر التعليم المعتمد على الحاسوب طريقة واعدة لإجراء تدخلات علاجية للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . مثلاً ، بمقدور برامج الحاسوب أن تجعل ممارسة الحساب في الرياضيات ومهارات معرفة الكلمات أمرًا ممتعًا للطلبة ومجزيًا لهم .

١ / ٤ - التنويع في سرعة التقديم

يبدو أن سرعة تقديم المعلومات من قبل المدرسين مهمة أيضا في مجال تعليم الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ولا يمكننا القول عمومًا بأن البطء المتواصل أو السرعة المتواصلة في تقديم المعلومات تعتبر الأفضل بالنسبة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يبدو أن الطلبة يكون تعلمهم أفضل ما يمكن عندما تكون سرعة التقديم مرنة وتتباين وفقًا لمهاراتهم واهتماماتهم .

١ / ٥ - تعليم المهارات التنظيمية

يعاني الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بطبيعة الحال من مشكلات في تنظيم عملهم . من هنا ، تم تصميم استراتيجيات لتدريب الطلبة على أداء الاختبارات ، وتنظيم الأعمال الكتابية ، وتدوين الملاحظات .

فعلى سبيل المثال ، لقد تبين أن تعليم الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة طريقة منظمة لتدوين الملاحظات قد حسن من جودة ملاحظات الطلبة وتنظيمها ، إضافة إلى تحسن السلوك أثناء المهمة والأداء الأكاديمي . إذ يعاني العديد من الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من عجز لا يقتصر على معرفتهم بالمهارات التنظيمية فحسب وإنما يتعدى ذلك إلى تطبيق المهارات المعروفة . من هنا ، قد تدعو الحاجة إلى مراقبة مستمرة لعملية تدوين الملاحظات من قبل المدرس وإلى نظام تعزيز خارجي ، وذلك من أجل تحسين الأداء .

١ / ٦ ـ التعديلات الصفية

غالبًا ما يتطلب الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تعديلات متخصصة داخل الحجرة الصفية من أجل التعلم بفعّاليّة . مثلاً ، الجلوس قرب المدرس بحيث تتاح إمكانية تقديم محفزات ومعززات متكررة قد يكون ناجعا . وكذلك فإن جعل الطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يجلس بالقرب من طلبة يستطيعون نمذجة السلوك الناجح والتعاوني قد يساعد ذلك الطالب أيضا . أما الطلبة في المراحل المتوسطة والعالية من المدرسة فقد يستفيدون من وجود مدون ملحوظات معتمد ، أو من تسجيلات صوتية للمحاضرات . علاوة على ذلك ، قد يتحسن أداء هؤلاء الطلبة في حالة أدائهم الاختبارات شفهيًا وليس كتابيًا ، أو في حالة منحهم وقتًا إضافيًا لإكمال الاختبار.

٢ ـ التدخلات السلوكية

٢ / أ ـ طرق التعزيز الإيجابي

قد تتأثر مقدرة الطالب على الانتباه عبر تعديل توابع أو نتائج السلوك لديه. وفيما يلي استراتيجيات التعزيز الإيجابي لتحسين الانتباه للمهمة والسيطرة الذاتية .

٢ / أ / ١ - الانتباه الانتقائي Selective Attention

هناك إمكانية لجعل تعديل نتائج السلوك أداة قوية لتحسين الانتباه والأداء للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، وجد أن التوظيف الانتقائي للثناء والاهتمام من قبل المدرس قد حسن مراراً من سلوك الطلبة داخل الحجر الصفية . ويمكن القول على وجه الخصوص أن تقديم التعزيز الإيجابي عن طريق الثناء على الطلبة مراراً بسبب تصرفهم على نحو ملائم مع التجاهل المتوازن لسلوكاتهم غير الملائمة سيحسن عموماً من أداء الطلبة ذوي المشكلات التعلمية والسلوكية . غير أن استخدام الثناء والاهتمام كمعززات إيجابية مع الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لا يعتبر كافياً . إذ أن الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يتطلبون برامج تعديل سلوك أكثر تكثيفاً بحيث تتضمن خليطاً من المعززات الإيجابية المحسوسة ومن التوظيف الاستراتيجي للتدخلات المتصلة بالنتائج السلبية للسلوك .

٢ / أ / ٢ - التعزيز المحسوس وأنظمة القسائم أو الرموز

كما تمت الإشارة في الفصل الخامس ، تتمثل إحدى وسائل تحسين تأثيرات نظام التعزيز الإيجابي في تقديم معززات محسوسة (من مثل إتاحة إمكانية الحصول على امتيازات أو نشاطات خاصة) يعتمد على الأداء في سلوك مستهدف محدد ، من مثل الانتباه خلال عملية التعليم داخل الصف أو إكمال ٨٠ ٪ من العمل الكتابي المستهدف . غير أنه من غير العملي في أغلب الأحيان أن يتم تقديم معززات محسوسة على نحو متكرر عقب أداء الطالب للسلوك المستهدف المرغوب مباشرة . فالطريقة الأكثر فعّاليّة لتقديم تعزيز إيجابي هي استخدام القسائم أو الرموز من مثل النجوم والملصقات والنقاط حيث يمكن تجميعها واستبدالها بمعززات متاحة لها قيمة أكثر (من مثل : يمكن تبديل عشر نقاط لقاء عشرين دقيقة إضافية لاستعمال الحاسوب عقب المدرسة) .

وتكمن حسنة استخدام القسائم كمعززات في إمكانية توزيعها مراراً ومباشرة وفي عدم ارتفاع تكاليفها .

ويمكن إغناء تأثيرات أنظمة القسائم عن طريق استخدام الحوادث أو المعززات الجماعية (Group Contingences) ، ويتضمن ذلك تقديم تعزيز إيجابي إلى مجموعة من الطلبة حينما يحقق طالب مستهدف هدفاً مقرراً . ونخص بالذكر الحالة التي يتم فيها تعزيز سلوك مشكل لطالب وتثبيته من قبل أقرانه على نحو غير مقصود ، فيمكن اللجوء إلى الحوادث الجماعية لمساعدة الأقران على فهم أن ما يقومون به خاطئ بحيث يغيرون من المعززات للحث على السلوك الملائم . وعندما تستخدم هذه التدخلات ، يجدر التأكد من عدم إفراط الأقران في الضغط على الطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من أجل تحقيق أهدافه .

يعتبر تقرير الأهداف المحددة للتدخل أمراً مهماً جداً لدى تصميم أنظمة تعديل السلوك . ففي حالة استهداف الإنتاجية والدقة الأكاديمية من أجل إجراء التدخل ، غالباً من تفضي أنظمة القسائم إلى تحسن في الأداء الأكاديمي وخفض في السلوك الفوضوي . غير أنه عندما يكون السلوك الفوضوي هو الهدف من العلاج ، فغالباً ما تظهر تحسنات في السلوك وليس في الأداء الأكاديمي . من هنا يتبين لنا أن التصميم الذي يركز على تعديل واحد أو اثنين من السلوكات المحورية أو المفتاحية المستهدفة بإمكانه أن يحدث تحسناً في فئة كاملة من السلوكات ذات الصلة . بالتالي ، فإن تحديد سلوكات مهمة مستهدفة يتيح إمكانية لدى الميدانيين لتصميم علاجات ذات فعّالية قصوى وذات كفاءة في الاستخدام .

يشير المدرسون مراراً إلى أن أنظمة القسائم تكون ناجعة لفترات زمنية قصيرة ومن ثم تفقد فعّاليتها . ويكمن أحد أسباب حدوث ذلك إلى انخفاض قيمة المعززات لدى استخدامها على نحو مكرر . يضاف إلى ذلك أن المعززات

بطبيعة الحال تفقد قيمتها على نحو أسرع مع الطلبة الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، ينبغي أن تتضمن خطط التعديل السلوكي مخزونات تعزيزية وذلك من أجل تنويع المعززات مراراً وعلى نحو عشوائي . وتتمثل إحدى وسائل القيام بذلك في الطلب إلى الطالب والمدرس إعداد قائمة للمعززات الممكنة . ويمكن تمييز كل معزز برقم مختلف . وعندما يحقق الطالب هدفًا مقرراً ، يسمح له بتدوير عجلة ، أو رمي حجر النرد ، أو اختيار رقم من داخل قبعة وذلك لتحديد ماهية الجائزة التي يستحقها .

٢ / ب ـ الطرق المتصلة بالنتائج أو التوابع السلبية

هناك إمكانية لتعديل السلوك عن طريق تطبيق النتائج أو التوابع السلبية . فيما يلي بعض الاستراتيجيات المفيدة لتطبيق النتائج السلبية .

٢ / ب / ١ ـ التغذية الراجعة التقويمية Corrective Feedback

لا يكون عادة استخدام نظام إيجابي كامل لتعديل السلوك كافيًا لتحسين أداء وسلوك الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ أن التقديم الاستراتيجي للنتائج أو التوابع السلبية يعتبر عموداً عنصراً مفيداً ضمن برنامج تعديل السلوك لهؤلاء الطلبة . من هنا ، فعادة ما تستخدم التغذية الراجعة التقويمية ـ أو التأنيب الكلامي ـ وهي شكل بسيط من أشكال العقاب ، من قبل المدرسين . وهناك إمكانية لأن تكون فعالة في حالة تنفيذها على نحو مناسب . فيعتبر التقويم مفيداً عندما يصل على نحو مقتضب وحازم وعملي بحيث يدل الطالب إلى ما ينبغي القيام به بدلاً مما لا يقوم به للتو . (من مثل: من الأفضل القول « أحمد ، تابع العمل » وليس « أحمد ، أنت غير منتبه ») . إضافة إلى ذلك ، فإن أقصى فائدة ممكنة من التغذية الراجعة التقويمية بالنسبة للطالب هي عندما يتم تقديمها عقب حدوث السلوك المشكل مباشرة وعلى نحو ثابت ومتسق . غير أنه ينبغي توخي الحذر من الإفراط في توظيف التغذية الراجعة التقويمية لطالب يتسم بالاندفاعية و/ أو ضعف الانتباه ، حيث إن

تقديمها في الوقت الخاطئ قد يحولها عن غير قصد إلى معزز للسلوك المشكل . وتدل التجربة العملية في هذا المجال على ضرورة تقديم التعزيز الإيجابي من قبل المدرسين بنسبة تفوق استخدام العقاب التقويمي أو أشكال أخرى من العقاب بثلاث مرات على الأقل . وينبغي أن يكون الفرق واضحاً بين التعزيز الإيجابي الذي يقدمه المدرسون لدى التزام الطالب بقانون والتقويم الكلامي المقدم عند عدم إذعان الطالب للقانون .

٢ / ب / ٢ ـ حجب المعززات

كما تمت الإشارة في الفصل الخامس ، تتمثل إحدى طرق إغناء نظام النتائج أو التوابع السلبية في حجب المعززات ، والذي يتضمن سحب معزز تبعاً لسلوك غير ملائم أو غير ناجع . هذا وقد وجد رابورت (Rapport) وميرفي (Murphy) وبيلي (Bailey) أن طريقة حجب المعززات كانت فعالة جداً في تحسين السلوك أثناء المهمة والأداء الأكاديمي للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ووفقاً لدراستهم ، فقد الطلبة دقيقة واحدة من مدة الاستراحة في كل مرة لاحظ المدرس عدم انشغالهم بأداء المهمة . وينبغي أن تكون إجراءات حجب المعززات جزءاً من نظام لتعديل السلوك يكون إيجابياً في جوهره ، فمن المهم جداً أن يجني الطلبة نقاطاً على نحو أسرع من فقدانهم لها .

٢ / ب / ٣ ـ الحرمان المؤقت

لقد ثبتت مراراً فعّالية استخدام الحرمان المؤقت في تقليل حدوث سلوكات غير ملائمة . ويتضمن الحرمان المؤقت السحب المنظم لمصادر التعزيز الإيجابي (من مثل اهتمام المدرس ، واهتمام الأقران ، والمواد المنهجية) تبعاً لحدوث سلوك غير تكيفي . وتتباين إجراءات الحرمان المؤقت في مستوى التقييد . وفيما يلي أمثلة على الحرمان المؤقت مرتبة ابتداءً من الأقل تقييداً إلى الأكثر تقييداً كالتجاهل ، وسحب مثيرات معززة ، والإقصاء من المجموعة ، والإبعاد

عن الصف . ويوصى عموماً بأن يوظف المدرسون الأسلوب الأقل تقييداً والفعال من أساليب الحرمان المؤقت ، بحيث يتحاشون اللجوء إلى العزل عن طريق الإبعاد عن الحجرة الصفية إن أمكن . إذ يكون الحرمان المؤقت فعالاً فقط عند وجود تمييز واضح بين التعزيز الإيجابي الذي يتلقاه الطالب لقاء تصرفه على نحو ملائم - مواظبة - وفقدان التعزيز الإيجابي بسبب سوء تصرف الطفل - حرمان - . هذا ولا يكون الحرمان المؤقت فعالاً في حالة تلقي الطالب لمقدار مماثل - أو أكبر - من التعزيز الإيجابي خلال فترة الحرمان المؤقت في بيئة الصفوف العادية . يجب أن تكون مدة الحرمان المؤقت قصيرة نسبياً (من مثل ١ - ٤ دقائق) ، حيث إن الفترات الطويلة من الحرمان المؤقت بالنسبة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد تكون صعبة وغير ناجحة .

٢ / ب / ٤ - استراتيجيات تخص المراهقين

يجدر اشراك المراهقين في عملية توضيح أهداف التدخل وإعداد خطط سلوكية . من هنا ، ينبغي الأخذ بعين الاعتبار مسألتي الاتفاق السلوكي وتكوين الزمالات ، وذلك لدى العمل مع مراهقين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

٢ / ب / ٤ / ١ - الاتفاق السلوكي Behavioral Contracting

الاتفاق السلوكي هو عملية مفاوضات بين طالب ومدرس تحدد :

١ - السلوكات المستهدفة لغاية التعديل .

٢ - أهداف السلوك .

٣ - نتائج تحقيق الأهداف .

ويتم عقد الاتفاقات من قبل الطالب والمدرس معاً عبر عملية تعاونية ، وعادة ما تفضي إلى اتفاقات مكتوبة . ويعتبر الاتفاق السلوكي مناسباً جداً للمراهقين والراشدين الذين يرغبون بوجود مقدار من السيطرة على القرارات التي تتخذ

عن حياتهم . هذا وتزداد احتمالية فعّالية التدخلات السلوكية كثيراً عندما :

١ - يعبر الطلاب عن رغبة في تعديل سلوكات معينة .

٢ - يُقدم الطلاب مدخلات تتصل بأهداف السلوك المستقبلي .

٣ - يحدد الطلاب النتائج الإيجابية قصيرة وبعيدة المدى والتي بمقدورهم الحصول عليها لقاء تحقيق الأهداف .

من جانب آخر لا تكون الاتفاقات السلوكية في بعض الأحيان فعالة مع الطالبة الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وذلك في حالة توضع الأهداف بطريقة عامة وغامضة ، أو أن يكون تحقيقها بعيد المنال في أغلب الأحيان . يضاف إلى ذلك أن التأخر في تقديم التوابع أو النتائج تبعًا لتحقيق الأهداف المنصوص عليها في الاتفاق يتيح إمكانية تقليل فعّالية مثل هذه الاتفاقات .

٢ / ب / ٤ / ٢ - تكوين الزمالات Mentoring

قد يكون تصميم تدخلات تربوية للمراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عملية معقدة ، وذلك بسبب تفاعل هؤلاء الطلبة في الأحوال العادية مع عدة مدرسين في غضون اليوم الواحد . من هنا ، قد تكون الفرص المتاحة لمدرسي المدارس المتوسطة والثانوية والكليات أقل من تلك المتاحة للمدرسين في مرحلة ما قبل المدرسة وبيئة المرحلة الابتدائية . فضلاً عن ذلك ، يتوقع المدرسون في المدارس المتوسطة وما بعدها في أغلب الأحيان مستوى من الاستقلالية والمسؤولية والتنظيم يصعب على العديد من الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تحقيقه . بناءً على ذلك ، فقد استخدمت إحدى الطرق لمساعدة المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على التكيف في المدرسة والمتمثلة في إنشاء نظام تكوين زمالات . فالزميل هو شخص راشد في المدرسة (من مثل المدرس ، أو المرشد ، أو المدرب) بحيث

يعتقد الطالب أنه سيفيده ، وبحيث يكون لدى هذا الشخص الوقت والرغبة للالتزام بعملية الزمالة . وتشمل الأدوار التي يؤديها الزميل ما يلي :

* إقامة علاقة داعمة مع الطالب .
* تصميم استراتيجيات تنظيمية مع الطالب .
* بحث الاتفاقات السلوكية مع الطالب .
* مراقبة أداء الطالب بعناية عن طريق لقائه ومراجعة مدرسين على نحو متكرر.
* إلزام الطالب بمقتضيات الإنفاق السلوكي .
* مساعدة المدرسين على تصميم تدخلات مفيدة داخل الحجرة الصفية .

ويتوافر حالياً في العديد من المدارس الثانوية والكليات نظام لتقديم النصح والإرشاد للطلبة . غير أن العلاقة الطبيعية بين الطالب والمرشد ليست كافية لتلبية احتياجات الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، قد تدعو الحاجة للتشاور مع عياديين من خارج النظام المدرسي لتصميم برامج زمالة يمكنها فعلاً أن تحدث فرقًا بالنسبة للطلبة .

ب - الاستراتيجيات التي يوجهها الوالد

Parent - Mediated Strategies

يستطيع الوالدان مساعدة أطفالهم في تعليمهم وذلك من خلال عدة طرق ، بما في ذلك تقديم استراتيجيات لأداء الواجبات المنزلية ، ونتائج أو توابع يكون أساسها المنزل لتحسين الأداء والسلوك في المدرسة ، ومساعدة الوالدين لهم في الدراسة .

ب / ١ - استراتيجيات الواجبات المنزلية

كثيراً ما يعاني الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات في إكمال أداء الواجبات المنزلية . إذ أنهم غالبًا ما ينسون الواجبات المقررة ، ويتهربون من أداء العمل ، ويستغرقون وقتًا طويلاً جداً لإتمام المهمات

المقررة ، ويرتكبون أخطاء بسبب اللامبالاة ، وينخرطون في نزاعات مع والديهم. من هنا ، تم تصميم عدة تدخلات لمساعدة الطلبة في حل مشكلات أداء الواجبات المنزلية لديهم ، بما في ذلك إلزام الطلبة بإكمال أوراق الواجبات المنزلية المقررة ، والطلب إلى المدرسين التأكد من صحة أوراق الواجبات هذه . ويضاف إلى ذلك أيضا تنظيم البيئة المنزلية (من مثل تحديد الوقت المناسب والمكان الملائم لأداء الواجبات ، وتقليل المشتتات) ، وكذلك تقديم تعزيز إيجابي يعتمد على السلوك التعاوني وعلى إتمام الواجبات المنزلية . ويتمثل أحد الاتجاهات في التدخل العلاجي في مجال الواجبات المنزلية في اتجاه « وضع الأهداف » (Goal Setting) بحيث يترافق مع وجود اتفاق سلوكي . ويعتبر هذا الاتجاه واعداً على وجه الخصوص . ففي دراسة أجراها كهل (Kahle) وكيلي (Kelley)، تم تدريب كل ثنائي يتكون من والد وطفل لتقسيم مقررات الواجبات البيتية إلى وحدات عمل صغيرة ومعقولة . وطلب إلى الطفل والوالد في كل وحدة أن يتفقا على هدف يتصل بعدد الفقرات أوالأجزاء التي سيتم إكمالها ، وعدد الفقرات التي ينبغي أداؤها على نحو صحيح ، والوقت المستغرق في أداء المهمة. وقد طلب إلى الطفل أن يعمل لمدة محددة من الوقت بحيث يقوم ـ بعد انقضاء المدة الزمنية ـ بتقييم الأداء فيما يتعلق بإتمام العمل وصحته . ويتم بعد ذلك تعزيز الطفل لقاء تحقيق الهدف . وفقًا للاتفاق الذي تم إنجازه بين الوالد والطفل. بهذه الطريقة يتضح لنا أن هذا التدخل يتيح إمكانية فعّالة لتحسين معدلات إنجاز الواجبات المنزلية ودقتها ، فعادة ما يفصح الوالدان إلى فائدة هذه الإجراءات وسهولة تنفيذها .

ب / ٢ ـ سجل المدرسة والمنزل مرفقًا بأنظمة تعزيز منزلية

School - Home Notes

يتمثل أحد التدخلات الشائعة الاستخدام وذات الفعّالية الكامنة لتحسين أداء الأطفال وسلوكهم في المدرسة في طريقة تسجيل ملحوظات في المدرسة والمنزل

، بحيث يشرف الوالدان على النتائج في المنزل . ويتضمن هذا التدخل جعل المدرسين يُقيّمون الطلبة في واحد أو أكثر من السلوكات المستهدفة مرّة واحدة على الأقل في كل يوم . وقد تتضمن السلوكات المستهدفة ما يلي :

١ - ينجز العمل .

٢ - ينتبه للتعليمات .

٣ - يتكلم في الأوقات الملائمة .

وغالبًا ما يستخدم المدرسون مقياسًا ذا أربع درجات وذلك من أجل تقييم كل سلوك : (٠. = اعمل بجد أكثر ، ١ = عمل مقبول ، ٢ = عمل جيد ، ٣ = عمل ممتاز) . وفي نهاية اليوم الدراسي ، يُطلب إلى الطالب أخذ الملحوظات إلى المنزل حتى يراجعها الوالدان . ويتم تدريب الوالدين على وضع أهداف أداء معقولة ، أي وضع أهداف تكفل نجاح الطالب في تحقيقها ضمن مدة لا تقل عن ٨٠ ٪ من الوقت المقرر . إضافة إلى ذلك ، يتم إرشاد الوالدين فيما يتصل بكيفية تحديد فعّالية المعززات . ويوصى عمومًا بتقديم المعززات للطلبة يوميًا أو أسبوعيًا . فعلى سبيل المثال ، بمقدور الطفل أن يجني ٣٠ دقيقة إضافية لمشاهدة التلفاز في المساء فيما إذا حقق الهدف اليومي ، وبمقدوره أن يفوز بفرصة لمشاهدة فيلم سينمائي في نهاية الأسبوع إذا ما حقق الهدف خلال أربعة أو خمسة أيام من الأسبوع . وعند استخدام هذا التدخل مع الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فغالبًا ما تقتضي الضرورة جعل المدرسين يقدمون تغذية راجعة للطلبة عدة مرات خلال اليوم الواحد (من مثل في نهاية كل حصة صفية) ، إذ أن تأخير التعزيز قد يقلل من فعّاليته . وقد يكون من المفيد رفد الحوادث التي يكون المنزل مقرها بنظام نتائج مقره المدرسة.

لتعزيز تأثيرات سجل المدرسة والمنزل ، يستطيع الميدانيون التفكير في إضافة عنصر حجب المعززات . فعلى سبيل المثال ، يستطيع المدرس تقديم

تقديرات لسلوك الطالب وأدائه بعد كل حصة صفية . فضلاً عن ذلك ، في كل مرة يلاحظ المدرس عدم انتباه الطالب للتعليمات مدة ١٥ ثانية أو أكثر ، يستطيع المدرس خصم درجة من الطالب . وكما تمت الإشارة سابقًا ، يُطلب إلى الوالدين وضع هدف معقول لتقديرات المدرس ، فإذا ما حقق الطالب الهدف، يكون مؤهلاً لتعزيز يومي (من مثل فترة ٣٠ دقيقة تُقضى في ممارسة ألعاب الفيديو في المساء) . ويفقد الطفل دقيقة واحدة من وقت ممارسة لعبة الفيديو في كل مرة يتم فيها خصم درجة منه في سجل ملحوظات المدرسة والمنزل .

ب / ٣ - تدريب الوالدين للطالب Parent Tutoring

وجد أن تعليم الوالدين للطالب يعتبر فعّالاً لإغناء أدائه في القراءة والرياضيات والإملاء . هذا وقد طورت بعض الجمعيات برامج لاستخدام متطوعين من أجل القيام بعملية التعليم الخاص . ويمكن للمدارس وجمعيات الوالدين ، والمدرسين ، ومنظمات دعم الوالدين ، ومكاتب شئون الطلبة في الجامعات ، والجماعات التطوعية الأخرى ، أن تقدم خدمات التعليم في حالة عدم مقدرة الوالدين على القيام بذلك بأنفسهم . وغالبًا ما يعتبر استخدام إجراءات تعزيز خلال جلسات التعليم للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أمراً ضرورياً وذلك لتعزيز الانتباه والدافعية . من جانب آخر ، تتضمن عملية التعليم من قبل الوالدين أعباءً إضافية على العمل الأكاديمي للطفل . ولهذا السبب لا يوصى عموماً باستخدام هذه الإجراءات إلى أن يتمكن الطفل من إنجاز الواجبات المنزلية في فترة زمنية معقولة .

جـ - الاستراتيجيات التي يوجهها الأقران

Peer - Mediated Strategies

يتيح إشراك أقران الطالب في التدخلات إمكانية كبيرة لتحسين السلوك أثناء المهمة والأداء الاجتماعي للطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط

الحركة. وفيما يلي بعض الإرشادات لشمول الأقران في عملية التدخل :

جـ / ١ ـ تقديم التعليم من قبل الأقران Peer Tutoring

كما تمت الإشارة سابقًا ، يتطلب التغلب على مواطن العجز في المهارات الدراسية إتاحة عدد أكبر من الفرص للطلبة حتى يتمكنوا من التعلم والممارسة ، بحيث يفوق ذلك العدد كثيراً عدد الفرص المتاحة عادة داخل الحجرة الصفية . وحيث إن معظم المدارس تفتقر إلى الموارد الكافية لتوظيف تربويين إضافيين أو معاوني مدرسين من أجل إتاحة مزيد من فرص التعلم التي يحتاجها الطلبة ، فإن إحدى الوسائل ذات الفعّالية والكفاءة الكامنة لرفد المدة الزمنية التعلمية تتمثل في تولي الأقران هذه المهمة . هذا وقد تم تطوير أشكال مختلفة من تعليم الأقران ، غير أن طريقة تعليم الأقران الشاملة للصف كله (Classwide Peer Tutoring) والتي صممها غرينود (Greenwood) ، ودلكدري (Delquadri) ، وكارتا (Carta) هي الأكثر شيوعاً في أدبيات هذا الميدان . وبمقتضى هذه الطريقة ، تتم المزاوجة بين طلبة الصف على نحو عشوائي وذلك من أجل العمل في موضوع دراسي . ويؤدي كل طالب من الاثنين دوراً يكون فيه معلماً ومتعلماً . ويتم إرشاد المعلم إلى التقيد بنص يتضمن أسئلة وإجابات على سلسلة من الفقرات . ويتم حساب الدرجات من قبل المعلم للمتعلم وفقًا للاستجابات الصحيحة على الفقرات الموجودة . يلي ذلك تسجيل الدرجات على نحو تراكمي طوال الأسبوع بطريقة عرض مرئية تعبر عن مستوى التقدم . ويمكن أيضا تقديم جوائز عينية على أنها حوافز إضافية لقاء تحقيق الأهداف. هذا وقد تم تطبيق الطريقة الشاملة لتعليم الأقران بنجاح في ميادين القراءة والرياضيات والإملاء . علاوة على ذلك ، وجد أن هذه الطريقة تحسن من السلوك أثناء المهمة بالنسبة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وتغني في بعض الحالات اكتسابهم للمهارات الأكاديمية .

جـ / ٢ ـ تقديم الإرشاد من قبل الأقران Peer Coaching

غالبًا ما يقاسي الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات يومية في التخطيط والتنظيم . وقد يكون لقاء اختصاصي الصحة العقلية أسبوعيًا مفيدًا ، غير أن ذلك قد لا يعتبر كافيًا لمعالجة الصعوبات التي يعانون منها يوميًا . من هنا برزت إحدى الطرق لتلبية هذه الحاجة ألا وهي خدمة الإرشاد من قبل الأقران . وتشبه هذه الطريقة من جوانب عديدة استراتيجية الزمالة التي ذكرت سابقًا ، فيما عدا أن من يتولى الإرشاد للطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هو أحد الأقران وليس شخصًا راشدًا . وبمقتضى هذه الطريقة ، يتم تعيين قرين مرشدًا للطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويكون هذا القرين مرشد من مثل سن الطالب بحيث يستطيع فهم المشكلات التي يواجهها الطلاب المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وتكون لديه الرغبة في المساعدة أيضا .

وقد تشمل الأدوار التي يتولاها المرشد تقديم الدعم الوجداني ، ومساعدة الطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على وضع اثنين أو ثلاثة من الأهداف اليومية المحددة . ويتضمن دوره أيضا تطوير خطط لتحقيق كل هدف من هذه الأهداف، وتقييم مستوى الأداء لليوم السابق . وبالنسبة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فقد يكون من الضروري إضفاء الصفة الرسمية على إجراءات التدخل العلاجي ، وتطبيقها بانسجام يوميًا . وقد تدعو الحاجة في بعض الحالات إلى إحداث نتائج خارجية لتحقيق الأهداف المقررة . أما فيما يخص طلبة المدارس المتوسطة والعليا ، فقد يتخذ إرشاد الأقران شكل لقاء صباحي يومي قبل بدء اليوم الدراسي . أما فيما يخص الراشدين ، فقد ينطوي الإرشاد على إجراء محادثات هاتفية في آخر النهار . ويذكر أنه تم شرح طريقة إرشاد الأقران في الأدبيات ، غير أن الأبحاث مازالت غير مؤيدة لهذه الطريقة لدى استخدامها مع الطلبة المصابين

باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

د ـ الاستراتيجيات ذاتية التوجيه Self - directed Strategies

تم تطوير عدة استراتيجيات من أجل استخدامها من قبل الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بأنفسهم . أما الاتجاهان الأكثر شيوعاً للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فهما : المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي .

د / ١ ـ المراقبة الذاتية

تنطوي المراقبة الذاتية على جعل الطالب يراقب ذاته من أجل تقرير حدوث سلوك معين (من مثل الانتباه) أو مستوى الأداء للسلوك (من مثل دقة أداء الواجب الدراسي) . ويطلب إلى الطلبة عموماً التدوين في استمارة فيما إذا تم السلوك أم لا . فعلى سبيل المثال ، من الممكن استخدام طريقة المراقبة الذاتية لمساعدة طالب عن الانتباه طوال مهمة كتابية مدتها عشرون دقيقة . ويمكن الاستعانة بجهاز تسجيل صوتي لإصدار نغمة للطالب عبر سماعات أذن في فترات عشوائية . وقد تتفاوت الفترة الزمنية العادية بين النغمات . من هنا ، يتوجب أن يحدد العياديون الفترة التي تضاعف الوعي الذاتي إلى الحد الأقصى، وتقلل التشتت إلى الحد الأدنى . وفي كل مرّة تصدر فيها النغمة ، يطلب إلى الطالب تقرير فيما إذا كان منتبهاً أم لا بحيث يدون ذلك في استمارة خاصة . ويمكن أيضا الطلب إلى الطالب بأن يراقب ويسجل مقدار العمل المنجز على نحو صحيح منذ أن سمع آخر نغمة . من جانب آخر ، هناك بعض الشواهد تشير إلى احتمالية كون المراقبة الذاتية للدقة الدراسية أفضل من المراقبة الذاتية لسلوك أثناء المهمة. أما في الحالات التي يكون فيها الطالب يعاني من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وخصوصاً ذلك الذي تسود فيه الاندفاعية ، فيجدر بالمدرس التأكد مراراً من أن الطالب ملتزم بإجراءات التدخل العلاجي . ويغلب أن تكون المراقبة الذاتية أكثر فعّالية مع الطلبة في سن

المرحلة المدرسية المتوسطة فما فوق بخلاف الأطفال الأصغر سناً .

د / ٢ ـ التقييم الذاتي

ينطوي التقييم الذاتي على قيام الطلبة بتقييم مدى التزامهم بقانون موضوع (من مثل الإصغاء للتعليمات ، أو إنجاز مهمات مقررة) . وفي نهاية فترة محددة ، يطلب من الطلبة تدوين تقديراتهم على ورقة تسجيل . وتتضمن إجراءات التقيم الذاتي في المراحل الأولية في العادة عنصر تقييم خارجي لتعليم الطلبة كيفية استعمال التدخل العلاجي وللتأكد من قيام بعملية التقييم على نحو سليم . وما أن يبرهن طالب على وجود تحسن وعلى مقدرته على وضع تقديرات مماثلة لتلك التي وضعها المدرس ، يتم حجب عنصر التقييم الخارجي .

الخطوات التالية مستمدة من إجراءات التقييم الذاتي التي طورها رود (Rhode) ، ومورغان (Morgan) ، وينغ (Young) . وقد طُورت هذه الإجراءات بالأساس للطلبة في المدارس المتوسطة والعليا :

١ ـ يُشرع بالتدخل في أحد صفوف الطالب . حيث يلتقي كل من المدرس والطالب من أجل تحديد السلوكات المستهدفة ، ومقياس لتقدير كل سلوك ، وهدف يومي للأداء ، وقائمة المعززات . فعلى سبيل المثال ، يتم تحديد سلوكين مستهدفين : اتباع القوانين الصفية ، وأداء العمل على نحو صحيح . يلي ذلك تقسيم الحصة الصفية إلى أربعة أقسام ، ويطلب إلى الطالب تقييم ذاته في نهاية كل قسم باستخدام مقياس تقدير ذي ست درجات من صفر ـ ...... ـ إلى ٥ ـ ...... ـ بعد أن يقيّم الطالب ذاته ، يقدم المدرس تقييماً خارجياً . وفي نهاية الحصة ، يُجدد الطالب مجموع الدرجات المستحقة ، والذي يمثل مجموع تقديرات المدرس إضافة إلى مجموع الدرجات المتوافقة (الدرجة المتوافقة هي الدرجة التي تسجل عندما يكون تقدير الطالب متوافقاً مع تقدير المدرس بفارق درجة واحدة على الأكثر) . وإذا ما وصل مستوى الأداء اليومي للطالب إلى الهدف المنشود ، فإنه يصبح مؤهلاً للحصول على معزز .

٢ ـ حينما يكون مستوى أداء الطالب مقبولاً على الدوام ، يتم تخفيض عدد التقييمات الخارجية تدريجياً (من مثل ، من أربع تقييمات إلى تقييم واحد في كل فترة حصة صفية) ، ويظل الطالب في هذه المرحلة مؤهلاً للحصول على معزز في حالة تحقيق الهدف .

٣ ـ إذا ما ظل أداء الطالب مقبولاً يستمر الطالب في تقييم ذاته كل يوم ، ويُقلل المدرس من عدد مرات عمليات التحقق العشوائية خلال الفترة الواحدة (من مثل : يكون التحقق بمعدل مرة واحدة كل يومين فينخفض إلى مرة واحدة كل ثلاثة أيام) . ويتم تقديم التعزيز الخارجي في غضون هذه المرحلة في الأيام التي يتحقق فيها المدرس من وضع الطالب فقط .

٤ ـ على افتراض أن مستوى أداء الطالب قد ظل ضمن المدى المقبول ، فبالإمكان تطبيق عملية حجب التدخل المشار إليها في الخطوات الثلاثة في واحدة أو أكثر من الحصص الأخرى .

٥ ـ إذا ما شرع الطالب في إظهار مشكلات في أية مرحلة ، فينبغي أن يرجع المدرس إلى طريقة التدخل الأقل تكثيفاً والأقل تطفلاً وذلك لاستعادة التأثير المرغوب .

لقد تم توظيف إجراءات التقييم الذاتي من مثل تلك المذكورة للتو بنجاح مع المراهقين الذين يعانون من مشكلات انتباه وسلوك . هذا وقد أثبتت الشواهد المبدئية على إمكانية فعّاليتها مع المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

الجمع بين التدخلات التربوية والعلاجات الدوائية

عادة ما تكون التدخلات التربوية والسلوكية مفيدة عند العمل مع الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أنه تتعذر إمكانية تطبيع سلوك هؤلاء الأطفال وأدائهم عموماً عندما تكون التدخلات السلوكية منفردة .

بالتالي ، غالبًا ما تقتضي الحاجة استعمال عقار دوائي منبه لتمكين الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من تحقيق الأداء الوظيفي التكيفي في البيئات التربوية . من ناحية أخرى ، لا يعتبر العقار المنبه بمفرده كافيًا في أغلب الأحيان لتطبيع الأداء الوظيفي الأكاديمي والسلوكي للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد درس رابورت (Rapport) وديني (Denney) ودوبول (Dupaul) وغاردنر (Gardner) تأثيرات أربع جرعات من الميثيفنديت (Methyphendate) - ٥، و١٠، و١٥، و٢٠ ملجم - فوجدوا أن الجرعة المثلى من الدواء طبّعت سلوك حوالي ٧٥ ٪ من الطلبة فيما يتصل بتقديرات المدرس للسلوك والملاحظات المباشرة للانتباه . من جانب آخر، طبّعت الجرعة المثلى من الدواء الإنتاجية في المقررات الدراسية لحوالي ٥٠ ٪ فقط من الحالات . تبرز هذه النتائج قيود العلاج الدوائي فيما يتعلق بتحسين الأداء الأكاديمي ، إذ أن تلبية احتياجات الطلبة الأكاديمية يعتبر عملية معقدة تتطلب في أغلب الأحيان تدخلات تعليمية وسلوكية تم التعرض لها في هذا الفصل إلى جانب العلاج الدوائي (انظر الفصل التاسع لبحث شامل للعلاجات الدوائية) .

أ - تنفيذ التدخلات التربوية

تعتبر العديد من التدخلات المشروحة في هذا الفصل غير عملية من حيث تطبيقها من قبل العياديين ، غير أن ذلك لا يعفي العياديين من دورهم الواضح في العلاج التربوي للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يتمثل أحد الأدوار المهمة للعياديين في التعاون مع إداريي ومرشدي المدرسة لدعم احتياجات هؤلاء الطلبة . فعلى سبيل المثال ، يستطيع العيادي التحدث مع المدير هاتفيًا لدعم اختيار مدرس ملائم . صحيح أنه يرجح عدم معرفة العيادي بماهية المدرس الأنسب ، وكذلك لا يفضل معظم المديرين بالفعل التوصية بمدرس معين من قبل العيادي ، غير أن العيادي يستطيع عوضًا عن ذلك

التوصية بوضع مدرس يتحلى بمجموعة من الصفات التي يغلب أن تؤدي إلى النجاح . ومن هذه الصفات التي يتحلى بها المدرس أن يكون :

* ودودًا ومهتمًا .
* قادرًا على وضع قوانين .
* سريعًا في تقديم الثناء اللفظي لقاء اتباع القوانين .
* راغبًا في توظيف طرق تعزيز محسوسة .
* منفتحًا على التعاون مع اختصاصي الصحة والصحة العقلية ضمن نطاق المدرسة أو خارجها .
* ذا خبرة في التعاون مع الوالدين بفعّالية .

وعلى نحو مماثل ، فيما يتعلق بالطلبة في المراحل المدرسية المتوسطة أو الثانوية أو في الكليات ؛ يستطيع العيادي السعي لتعيين زميل قادر على التواصل بفعّالية مع الطالب ، والتعاون معه لوضع اتفاقات سلوكية محددة ، وإلزامه بالتقيد ببنود الاتفاق . إضافة إلى ذلك ، بمقدور العيادي التوصية بضرورة التعاون بين المدرس و/أو الزميل المختار والمدرس الذي حقق نجاحًا في السابق لدى تعامله مع الطالب في صفوف سابقة وذلك للتعرف على الوسائل الناجعة للتدخل العلاجي .

أما الدور الآخر بالنسبة للعيادي فيتمثل في التشاور مع المدرسين لتصميم استراتيجيات تربوية معينة . وحيث إن المدرسين يختلفون جليًا في توجهاتهم المتصلة بفائدة التدخلات التربوية المتنوعة ، فيجدر أن يقوم العياديون بتقييم سريع لمواقف المدرسين قبيل وضع توصيات معينة . ويمكن القول عمومًا أن المدرسين أكثر قبولاً للتدخلات التي توظف النتائج الإيجابية في الأساس بحيث لا يستغرق تنفيذها وقتًا طويلاً . ونضرب على ذلك مثالاً . قد يكون المدرسون أكثر رغبة في توظيف طريقة أساسها المدرسة والمنزل بحيث يتوجب عليهم

تطبيقها في الحجرة الصفية باستقلالية .

يتعذر عموماً على العياديين التشاور مع اختصاصيين تربويين وجهاً لوجه . من هنا ، فمن الضروري أن يجد العياديون والاختصاصيون التربويون وسيلة للتعاون عن طريق الهاتف ، وحيث إن تحديد وقت مناسب للطرفين للتعاون قد يكون عقبة رئيسة أمام عملية التشاور المدرسية ، فينبغي على العياديين تحديد أفضل الأوقات المناسبة للتواصل مع المدرس . ويمكن القول على وجه العموم بأنه يغلب كثيراً أن تكون الفرصة متاحة لذلك قبل المدرسة أو بعدها . وهناك بعض المدرسين يرغبون في التعاون عبر الهاتف مساءً . وغالباً ما يكون الوالدان ذوي فائدة للعياديين في تحديد الأوقات الفضلى للتشاور الهاتفي مع المدرس من خلال توليهم دور عنصر الربط بين الطرفين .

ويستطيع العياديون أداء دور مهم في تربية الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن طريق تقديم المشورة للوالدين . إذ يحتاج الوالدان في أغلب الأحيان إلى تلقي النصيحة ذات الصلة بالاستراتيجيات والطرق الناجحة في ميدان الواجبات المنزلية وذلك من أجل تعليمها لطفلهم . ولدى استخدام سجل الملحوظات المدرسي - المنزلي ، يحتاج الوالدان في العادة المشورة فيما يتعلق بوضع أهداف ملائمة لمستوى الأداء وبتقديم معززات يومية وأسبوعية بارزة . فضلاً عن ذلك ، بمقدور الوالدين الاستفادة من المشورة المتعلقة بكيفية التواصل مع اختصاصي المدرسة من أجل تقديم الدعم الفعّال لطفلهم . فمن الأمور التي قد تكون مفيدة جداً للوالدين في هذا المجال ما يلي :

* تزويد الوالدين بنصائح محددة عمن يمكن الاتصال به في المدرسة .

* كيفية مكاشفة المدرس بالموضوع لاستدرار استجابة مفيدة منه .

* كيفية التعامل مع المدرسين الذين يوظفون التدخلات المعتمدة على النتائج السلبية على نحو كثير جداً .

* كيفية إظهار التقدير للمدرسين لدى توظيفهم لاستراتيجيات ناجحة .

* كيفية التعامل مع المدير في حالة كون أداء طفلهم في المدرسة ضعيفًا .

وفي بعض الحالات ، قد تدعو الحاجة لإعلام الوالدين بمقتضيات القانون التربوي فيما يتصل بطفلهم (انظر الفصل الثامن) ، ولإحالتهم إلى منظمات دعم تربوي خيرية .

وقد تكون الصعوبات التربوية أمام الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة معقدة جدًا مما لا يمكّن من معالجتها ـ في أغلب الأحيان ـ على نحو كاف من قبل عيادي تقتصر قدرته على التشاور مع الوالدين والاختصاصيين التربويين لفترة قصيرة فحسب . من هنا ، قد تقتضي الضرورة أن يقدم العيادي توصية للاختصاصي التربوي أو الاختصاصي النفسي المدرسي، أو للاختصاصي النفسي العيادي للطفل بشأن العمل على نحو مكثف أكثر مع الأسرة والمدرسة . ويذكر أن الاختصاصيين التربويين أو النفسيين يحوزون :

* معرفة متقدمة في ميدان اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والمشكلات المصاحبة له .

* خبرة في المعالجة السلوكية .

* فهمًا للجانب البيئي الحيوي للمدرسة .

* مهارات متطورة جدًا للتشاور مع المدرسين .

* معرفة بالقوانين التربوية .

وفي العديد من الحالات ، يكون توجيه التوصية للاختصاصي النفسي المدرسي فكرة ممتازة ، وذلك بسبب سهولة وصوله للمدرسين وإداريي المدرسة. غير أنه في بعض المناطق التعليمية يقتصر دور الاختصاصي النفسي المدرسي في الأساس على تطبيق الاختبارات واتخاذ قرارات تتعلق بالأهلية للتربية

الخاصة . من هنا ، قد يكون من الأفضل في مثل هذه الحالات الإحالة إلى اختصاصي نفسي مدرسي آخر أو إلى مستشار خارجي . وقد يكون العديد من اختصاصيي الأطفال النفسيين العياديين على دراية باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والمعالجة السلوكية ، غير أن خبرتهم المتعلقة بالأمور التربوية تتفاوت على نحو واضح . وسوف يكتشف العياديون أن الاختصاصيين المرتبطين مع جماعات دعم محلية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بمقدورهم تقديم ثروة من المعلومات القيمة عن الاختصاصيين المدرسيين والعياديين ممن بوسعهم تقديم الفائدة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

ب - التعاون بين الاختصاصيين العياديين والاختصاصيين التربويين

يتطلب الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عادة تدخلاً علاجياً متعدد الأشكال وذلك لتحقيق نجاح في البيئات التربوية . لهذا السبب ، تستلزم المعالجة الناجحة عموماً اختصاصيين من حقول عديدة ، بما فيها طب الأطفال ، والطب النفسي ، وعلم النفس ، والتمريض ، والتربية العامة، والتربية الخاصة ، والإدارة التربوية . بالتالي ، يصبح التعاون بين الاختصاصيين والذين قد يعملون في بيئات متنوعة ضرورياً لضمان شمولية وحسن تكامل اتجاه المعالجة .

ومن زاوية تاريخية ، كانت معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومازالت تتم في البيئات العيادية أساساً ، إذ تتحلى الطريقة العيادية ببعض مواطن القوة الواضحة . فغالباً ما يحوز الاختصاصيون العياديون معرفة وخبرة عالية المستوى فيما يتصل باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومشكلاته المصاحبة . يضاف إلى ذلك احتمالية فعلية لوضع آلية للتنسيق بين ميداني الصحة والصحة العقلية . وكذلك فإن هناك إمكانية لصون حقوق الخصوصية بسهولة في العيادات . من جانب آخر ، تواجه البرامج العيادية لاضطراب عجز

الانتباه وفرط الحركة عدة قيود ، إذ تتضمن هذه القيود مشكلات في اكتساب المعلومات الطبيعية عن طريقة عمل المدرسة ، وصعوبات في التعاون مع التربويين على نحو متواصل . إضافة إلى تعذر الحصول على الخدمات العيادية من قبل بعض الأسر بسبب مشكلات في الدفع ، وجدولة المواعيد ، والتنقل .

من هنا ، دعت الحاجة لتطوير طريقة لتوصيل الخدمات للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في المدرسة . وتتمتع طرق توصيل الخدمة في المدارس ببعض مواطن القوة الجلية وهي :

* يسر إمكانية الحصول على معلومات طبيعية متعلقة بطريقة عمل المدرسة.
* ذات جدوى تنظيم التعاون المستمر بين التربويين والمرشدين المدرسيين (من مثل الاختصاصي النفسي المدرسي ، والممرض المدرسي) .
* سهولة الوصول إلى الخدمات التي يكون مقرها المدرسة بالنسبة للأسر التي تقطن في نفس الحي .

غير أن طرق توصيل الخدمة في المدرسة لا تخلو من القيود . وتشمل هذه القيود الافتقار إلى الخبرة المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وإخفاق التعاون بين اختصاصيي الصحة في العيادة وموظفي المدرسة . ويضاف إلى ذلك تساؤلات عن درجة الخصوصية المتاحة لدى تقديم الخدمات العيادية أمام الجميع في المدرسة .

وهناك مزايا وقيود لكل من الطريقة التي تكون العيادة مقراً لها وتلك التي تكون المدرسة مقراً لها والمرتبطة بإعداد برامج للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . بالتالي ، تمت التوصية بإيجاد طريقة لتوصيل الخدمة توفق بين الاتجاهين السابقي الذكر . إذ أن التنسيق بين خدمات العيادة وخدمات المدرسة يقتضي تعاوناً وثيقاً بين الاختصاصيين في كلا البيئتين . فعبر التعاون المتواصل بين الاختصاصيين العياديين والاختصاصيين المدرسيين ، يتمكن

العياديون من اكتساب مزيد من المعلومات عن كيفية أداء الطلبة في بيئات المدرسة ، وكذلك فإنه يصبح بقدورهم التأثير على المدرسين عبر العمل بين مرشدي الصحة العقلية في المدرسة . ومن الناحية الأخرى ، يستطيع اختصاصيو المدرسة الحصول على معلومات طبية ونفسية قيمة تتعلق بالطلبة ، مما يثري خبرتهم أكثر للعمل مع الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والمشكلات المصاحبة .

الخلاصة

يعاني الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عادة من صعوبات في التعامل مع البيئات التربوية بسبب قصور انخراطهم في العمل الأكاديمي وعدم كفاية الفرص المتاحة لهم لتعلم المهارات الأكاديمية وممارستها. من هنا ، عادة ما تقتضي الحاجة إلى خطة تدخل متعددة الأشكال وذلك من أجل النجاح في معالجة المشكلات التربوية لهؤلاء الأفراد . وقد تتكون التدخلات متعددة الأشكال من خليط من الاستراتيجيات التي يوجهها كل من المدرس والوالد والقرين والذات ، وغالباً ما يصحبها عقار دوائي منبه . وتعتبر الطرق ذاتية التوجيه في التدخل العلاجي مفيدة على وجه الخصوص لدى بلوغ الطلبة مرحلة المراهقة ، وذلك على الرغم من التوصية بإدخال عناصر من التدخلات المعتمدة على الإدارة الذاتية للأطفال الأصغر سناً . وقد جرت العادة على تنفيذ برامج الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في بيئات عيادية ، غير أن الاتجاه نحو تأسيس أنظمة تكون المدرسة مقراً لها وتُعنى بهؤلاء الأفراد يكتسب زخماً حالياً . من جانب آخر ، تدعو الحاجة للتكامل بين البرامج العيادية والمدرسية المتصلة بالتدخل العلاجي ، وذلك من أجل الإدارة الناجحة للمشكلات التربوية التي يجابهها الطلبة المصابون بهذا الاضطراب .

الفصل السابع

فهم ومعالجة مشكلات الأقران بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل السابع

فهم ومعالجة مشكلات الأقران بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يعرّض عجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية الأطفال المصابين باضطراب عجز ا لانتباه وفرط الحركة لمشكلات اجتماعية وعزوف من قبل الأقران . وفي الواقع ، يعاني أكثر من نصف الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من صعوبات كبيرة في العلاقات الاجتماعية . وحيث إن المشكلات الأولية في علاقات الأقران تنبئ بحدوث عزوف من قبل مجموعة الأقران ، تبرز أهمية كبيرة لارتفاع معدلات التسرب من المدرسة ، وانحراف الأحداث ، والأمراض النفسية لدى المراهقين والراشدين منهم . وتكمن هذه الأهمية في فهم ومعالجة صعوبات تفاعلات الأقران بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

هناك أسباب عديدة وراء معاناة الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات في إقامة صداقات مع الأقران وإدامتها وهي :

١ - غالباً ما يقومون بمحاولات غير مناسبة لدخول الجماعات .

٢ - يعانون من صعوبات في اتباع قوانين الألعاب .

٣ - يعانون من صعوبات في إجراء عمليات إنتقالية .

٤ - يصابون بالإحباط بسرعة .

٥ - إنهم ميالون للانفعال والغضب .

٦ - قد يصبحون عدوانيين عند نشوب نزاعات .

وعادة ما يكون رد فعل الأقران سلبيًا على الأطفل المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ويعود ذلك جزئيًا إلى سلوكهم الاجتماعي المتسم بالتطفل والانفعال . وغالبًا ما تجعل السلوكات الاجتماعية غير الملائمة الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة منبوذين ومستضعفين من قبل الآخرين . ويصعب ، للأسف ، تخفيف سلسلة الأحداث المفضية إلى عزوف الأقران، حيث إن العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذين ينبذهم الأقران يظلون كذلك طوال ارتقائهم في المراحل المدرسية .

العوامل المؤثرة في السلوك الاجتماعي للأطفال

بوسع العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة التعبير على نحو جلي عن الكيفية التي ينبغي بها التصرف في المواقف الاجتماعية . غير أن هذا الأمر قد يُعسّر على الوالدين والمدرسين استيعاب المشكلات الاجتماعية المتصلة بهؤلاء الأطفال . إذ غالبًا ما يتمكن الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من تعليل السلوكات المناسبة واختيارها وعرضها في المواقف الافتراضية ، غير أنهم غالبًا ما لا يؤدون السلوكات ذاتها في تفاعلات الحياة الاجتماعية الحقيقية . فعلى سبيل المثال ، يرغب بريان (Brian) البالغ من العمر تسعة أعوام والمصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، بالانضمام إلى مجموعة أطفال في لعبة . وكان قد أخبر والديه ومدرسه سابقًا عن إمكانية نجاحه الكبيرة في حالة طلبه المشاركة في المجموعة قبل الانضمام إليها فعليًا . ويظهر ذلك وجود « دراية اجتماعية» كافية، لكن عندما يواجه بريان الموقف ذاته في الملعب ، فإنه يحاول الانضمام عن طريق مقاطعة سير اللعبة ومحاولة تغيير قوانينها ، مما يبين وجود قصور في «الأداء الاجتماعي» لديه . نتيجة لذلك ، تتجاهله مجموعة الأقران أو تنبذه . من هنا ، فعلى افتراض وجود دراية اجتماعية كافية لديه ، لا يستوعب والداه ومدرسوه سبب عدم تمكنه من التصرف على نحو ملائم في المواقف

الاجتماعية. مما يقودهم إلى الاعتقاد بأنه غير ناضج اجتماعياً .

وقد تسهم عوامل عديدة في قصور الأداء لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ويتمثل أحد العوامل في وجود مشكلة في الاندفاعية أو منع الاستجابة . فقد تفضي اندفاعية الأطفال إلى أهداف اجتماعية غير ملائمة . وترتبط الاندفاعية أيضا برغبة قوية لطلب إشباع فوري ، وبإخفاق في إدراك النتائج البعيدة المدى للسلوك . مثلاً ، فقد يكون هدف بريان، أن يصبح عضواً في المجموعة بأسرع ما يمكن . فهو يرغب كثيراً في الانخراط مع أقرانه مما يدفعه إلى توظيف استراتيجية غير مناسبة ، من مثل إقحام نفسه، ويخفق في إدراك نتائج كونه متطفلاً على الآخرين .

أما العامل الآخر الذي يمكن أن يؤثر على السلوك الاجتماعي للأطفال فهو كيفية تفسير الأطفال للأحداث . ونضرب على ذلك مثالاً توضيحياً . لنفترض أن شارلين (Sharlene) ، وهي فتاة عدوانية مصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، قد صدمها أحد الأقران من الخلف ، ولم يكن واضحاً فيما إذا كان ذلك حادثاً مقصوداً أو عرضياً . يتوجب هنا على شارلين أن تفسر نوايا القرين. وحيث إن الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يتوقعون نوايا عدائية في المواقف الاجتماعية الغامضة ، فتتسرع شارلين إلى الاستنتاج بأن القرين قد اصطدم بها عن قصد وبأنه خسيس . يُطلق على هذه النزعة مصطلح « النزعة العدائية التحيزية » (Hostile Attributional Bias) . وإذا ما أظهرت شارلين نزعة عدائية تحيزية لدى صدمها من الخلف ، فيرجح جداً أن تقوم بدفع الطفل بعنف .

يعتبر مستوى الطفل المتعلق بالسيطرة الانفعالية (Emotinal Regulation) عاملاً آخر يمكن أن يؤثر في السلوك الاجتماعي . ويشير مصطلح « السيطرة الانفعالية » إلى مقدرة الطفل على التحكّم باستجاباته الانفعالية نحو حدث اجتماعي . هذا ويعاني العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه

وفرط الحركة من صعوبة في التحكم بانفعالاتهم في المواقف الاجتماعية . إذ يصيبهم الاستياء والغضب بسرعة كبيرة ، وغالباً ما يكون غضبهم حاداً جداً . وبالمقابل ، يمكن أن تؤثر استجابتهم الانفعالية في مقدرتهم على تفسير الموقف على نحو سليم . هناك عوامل عديدة قد تقود الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى القيام بسلوك اجتماعي غير ملائم . فعلى الرغم من فائدة دراسة كل عامل على حدة ، فيجدر إدراك أن هذه العوامل تتفاعل جميعاً لتحديد استجابة السلوك من قبل الطفل . فعلى سبيل المثال، ريكاردو (Ricardo) طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ويقوم مراراً بسلوك عدواني خلال وقت طعام الغداء . ويكون رد فعله عدوانياً في حالة قيام أحد الأقران بالاحتكاك عرضياً أو إراقة الحليب عليه عن غير قصد ، وذلك لأنه يعتبر ذلك مقصوداً . وعندما يتحدث المرشد إليه يدرك أن ريكاردو لا يعرف لماذا يقع في مشكلات مع أقرانه لكنه قادر على التفكير ببعض الأفكار المفيدة للتعامل مع المواقف التي تنشأ إبان وقت طعام الغداء . من هنا يتضح لنا أن الهدف الاجتماعي لريكاردو المتمثل في اعتبار نفسه مسؤولاً عن الآخرين ، إضافة إلى رغبته الجامحة في تحقيق إشباع مباشر يسهمان في مشكلاته الاجتماعية . إذ أن اندفاعيته ، وميله نحو الانفعال بسرعة ، واستعداده المسبق للنزعة العدائية التحيزية تقود ريكاردو إلى إساءة تفسير نوايا الأطفال الآخرين وإلى الرد بشكل عدواني . وحيث إن ريكاردو يخطئ في الافتراض أن الأطفال يصطدمون به ويريقون الحليب عليه عمداً ، فيقوم سريعاً بلكمهم وركلهم .

تقييم المهارات الاجتماعية للأطفال

يمكن أن يتباين الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كثيراً من حيث طبيعة مشكلاتهم الاجتماعية وحدتها . وهناك أربعة جوانب مهمة لدى تحديد حدة الصعوبات الاجتماعية للطفل وتحديد مستوى التدخل المطلوب :

١ ـ هل كان بمقدور الطفل إنشاء علاقة حميمة لفترة زمنية طويلة ؟

٢ ـ مستوى الصعوبة التي يعاني منها الطفل بسبب مشكلات علاقة الأقران.

٣ ـ مدى ضيق الطفل جرّاء صعوباته الاجتماعية .

٤ ـ استجابة الطفل لمحاولات التدخل العلاجي السابقة .

وقد يكون إجراء مقابلة قصيرة مع الوالدين والطفل مفيداً لتقرير تقديم إرشاد للأسرة أو تحويل الطفل إلى اختصاصي الصحة النفسية في المدرسة أو العيادة يسهم في تقديم تدخل أكثر تكثيفاً في المهارات الاجتماعية .

على سبيل المثال ، إذا كانت سالي (Sally) ، وهي طفلة لديها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، تعاني من صعوبات في تكوين صداقات جديدة ، كما أنها تصاب بالانفعال في بعض الأحيان غير أنها تمتلك اثنين أو ثلاثة من الأصدقاء المقربين ولا يبدو أنها تأبه كثيراً بعلاقات الأقران . بالتالي ، قد يرغب العيادي بتقديم إرشاد للأسرة فيما يتصل باستراتيجيات التعامل مع هذه المشكلات . أما إذا كان أصدقاء سالي ، إن وجدوا ، قليلي العدد ؛ وكانت سالي تصاب بالانفعال يومياً لدرجة شعورها بالأسى وبالرغبة في الابتعاد عن الآخرين. وكذلك لم تكن استجابتها ملائمة بالنسبة لمحاولات الوالدين العديدة لحل مشكلاتها . في مثل هذه الحالة ، قد يكون اللجوء إلى إعداد برنامج أكثر تكثيفاً يعنى بالمهارات الاجتماعية أمراً مسوغاً . وهناك بالطبع العديد من الحالات البينية يصعب فيها تقرير فيما إذا كانت الحاجة تقتضي تحويل الطفل لإعانة متخصصة . من هنا ، قد ينطوي أحد الاتجاهات على إسداء النصيحة للوالدين وإضطلاع مرشد المدرسة على الوضع ، وترتيب لقاء متابعة في غضون شهر واحد تقريباً لتحديد الاستجابة للتدخل .

تتوافر أدوات عديدة، إلى جانب إجراء مقابلات مع الوالدين والطفل لمساعدة اختصاصيي الصحة النفسية في تقييمهم لمشكلات الأطفال الاجتماعية. فعلى

سبيل المثال ، يمكن أن تعتبر مقاييس التقدير للمدرس والوالد ، من مثل «نظام تقدير المهارات الاجتماعية» (The Social Skills Rating System) ومقياس «وولكر - مكونل للكفاية الاجتماعية » (Walker - McConnell of Social Competnce) مفيدين لتحديد نوعية وحدة المشكلات الاجتماعية التي يظهرها الأطفال . من الناحية الأخرى ، يمكن أن تعتبر الملاحظات المباشرة لسلوك الأطفال في الملعب إضافة إلى تقديرات الأقران لتقبل الأطفال في المدرسة أكثر الطرق شمولاً ودقة لتقييم المهارات الاجتماعية . غير أن هذه الطرق قد لا تكون عملية لأنها تستغرق وقتًا طويلاً وتتطلب جهدًا مكثفًا .

التدخلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية

هناك عدة طرق مفيدة في تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومن هذه الطرق التي يمكن أن تسهم في المخرجات الإيجابية لعلاقات الأقران التشاور مع الوالدين ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، وإشراك موظفي المدرسة والأقران في تقديم التدخل العلاجي .

أ ـ التشاور من الوالدين

يتولى الوالدان دورًا أساسيًا في مساعدة أطفالهم على تطوير مهارات اجتماعية فعالة . فعندما يعاني أطفال من مشكلات اجتماعية بسيطة ، يستطيع العيادي التشاور مع الوالدين ويقدم الإرشاد لهم . مثلاً ، عندما يواجهه طفل مشكلات مع أقرانه في المدرسة ، فبمقدور العياديين تمكين الوالدين من دعم الطفل للتأكد من تلقيه المساعدة المطلوبة من المدرسين والمرشدين . أما إذا لم يكن الطفل يملك العديد من رفقاء اللعب ، فبمقدور العيادي حث الوالدين على اتخاذ الترتيبات الضرورية لقدوم طالب من المدرسة لزيارتهم في المنزل . ومن الضروري أن تكون هذه الزيارات قصيرة ومنظمة وممتعة حتى تظل لدى الصديق الرغبة في العودة مجدداً . أما إذا كان الطفل المصاب باضطراب عجز

الانتباه وفرط الحركة يعاني من مشكلات في اللعب مع الآخرين بعيداً عن المنزل، فينبغي على الوالدين العمل عن قرب مع والدي الطفل الآخر من أجل الإعداد لزيارة ناجحة .

تعتبر المشاركة في نشاطات ورياضات منظمة مفيدة جداً عمومًا في تطوير المهارات الاجتماعية . إذ غالبًا ما يجابه الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة صعوبات في النشاطات المنظمة . قد يكون مرد ذلك نفاد صبرهم ، أو وجود مشكلة في اتخاذ الأدوار . وقد يعزى الأمر لعدم نضوج المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة . من هنا ، ينبغي تشجيع الوالدين على إيجاد نشاط يتوافق مع مهارات طفلهم واهتماماته . فبعض الأحيان يكون أداء هؤلاء الأطفال أكثر كفاءة في الرياضات التي تركز على تطوير المهارات الفردية، من مثل الكراتيه ، والمبارزة ، وذلك بخلاف الرياضات الجماعية . فضلاً عن ذلك ، قد يكون من المفيد أن يشترك الوالدان في العملية كمرشدين أو كرؤساء مجموعة ، أو كزملاء مقربين ، وذلك لتقديم الإرشاد لطفلهم ولدعم احتياجات طفلهم ضمن المجموعة ، ولتقديم المساندة للراشدين الآخرين الذين يعملون مع الطفل . حيث إنه غالبًا ما تقتضي الحاجة إلى الإشراف الحثيث والإرشاد المساند وذلك من أجل الوقاية من التفاعلات السلبية ولرفد السلوك الاجتماعي المناسب .

ب ـ إعداد برامج المهارات الاجتماعية

يمكن أن يعتبر تحسين السلوك الاجتماعي وتقليل عزوف الأقران عن الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عملية معقدة . ففي الحالات التي يعاني فيها الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات اجتماعية معتدلة إلى شديدة ، قد يوصى بمشاركة اختصاصي الصحة النفسية من قبل المدرسة أو العيادة . وفيما يلي شرح للمكونات الأساسية التي قد تكون مفيدة لبرامج التدخل المتعلقة بالمهارات الاجتماعية .

وتتعرض هذه المكونات للعوامل الأساسية التي غالبًا ما تؤدي إلى حدوث السلوك الاجتماعي غير الملائم ، بما في ذلك قصور المعرفة وعدم ملاءمة الأهداف ، والتوقعات السلبية المتصلة بالنجاح ، والنزعة العدائية التحيزية ، ومشكلات السيطرة على الغضب .

١ ـ حدد كيف يصبح الطالب هدفًا لعزوف الأقران

فقد يواجه الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مشكلة مع أقرانهم بطرق متنوعة (من مثل مضايقة الآخرين ، وإقحام أنفسهم على الآخرين ، وعدم الالتزام باتخاذ الأدوار ، والإصرار على تولي زمام الأمور في الألعاب) . من هنا ، يجب أن يفهم العياديون ماهية الأمور التي تجعل الطفل موضع نفور من الآخرين . ويذكر أن إجراءات التقييم من مثل تقديرات الوالدين والمدرسين إضافة إلى الملاحظات المباشرة يمكن أن تعتبر مفيدة في هذا المجال.

٢ ـ اجعل الطفل يشترك في عملية حل المشكلة

تتكون عملية حل المشكلات الاجتماعية من خمس خطوات رئيسة :

أ ـ تحديد المشكلة .

ب ـ وضع حلول بديلة .

جـ ـ دراسة عواقب كل بديل .

د ـ اختيار استراتيجية معينة وتوظيفها .

هـ ـ تقييم كفاءة الاستراتيجية .

تهدف عملية حل المشكلات الاجتماعية إلى إغناء دراية الطفل بكيفية التصرف في مواقف اجتماعية معينة . وعلى الرغم من الاندفاع المعهود للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ خلال عملية حل المشكلات ، فيجدر حفزهم وحثهم على التريث ، وتناول كل خطوة بجدية وخصوصًا الخطوة

المتعلقة بوضع حلول محتملة للمشكلة .

٣ ـ قدم إرشادات وعرضًا نموذجيًا

يحتاج الأطفال ذوو المشكلات الاجتماعية عادة إرشادات تتصل بكيفية تنفيذ الاستراتيجيات التي يقررون توظيفها لحل المشكلة الاجتماعية . من جانب آخر ، يمكن أن يصبح العرض النموذجي ، وخصوصًا من قبل قرين له ذي قيمة عالية بالنسبة للطفل فعالة لتعليم الأطفال المهارات الاجتماعية ولمساعدتهم على تطوير توقعات إيجابية متصلة بالنجاح. وكذلك فإن النمذجة الذاتية (Self - Modeling)، والتي تتضمن مشاهدة الطفل لنفسه على شريط فيديو وهو يؤدي مهارة اجتماعية بفعّالية ، تعتبر مفيدة أيضًا لإثراء توقعات النجاح خلال المراحل الأولية من النمذجة . كما يتوجب أن يقدم من سيقوم بالعرض النموذجي أداء متقنًا أو مثاليًا . ويستطيع الأطفال لاحقًا الاستفادة من مراقبة نموذج مغاير يقدم بعضًا من المشكلات التي تبرز بطبيعة الحال لدى توظيف هذه الاستراتيجية . ويمكن للنموذج المغاير أن يثير نقاط مهمة للبحث بالنسبة للحيادي والطفل .

٤ ـ هيئ فرصًا لأداء أدوار تمثيلية

يحتاج الطفل إلى ممارسة استخدام الاستراتيجية عقب تلقي الإرشادات ذات الصلة . من هنا ، يمكن الإعداد لأداء الأدوار التمثيلية من قبل الطفل وواحد أو أكثر من أقرانه . ويذكر هنا أن جعل الطفل يؤدي أدوارًا مختلفة ، دون أن يقتصر الأمر على دور اعتاد على أدائه ، قد يمكن الطفل من اكتساب فهم مفيد للمشكلة . فعلى سبيل المثال ، إذا ما كان الطفل يتعلم استراتيجية لمواجهة مضايقة الأقران ، فينبغي تشجيعه لتمثيل دور الطفل القوي وكذلك دور الطفل المستضعف . فبهذه الطريقة ، قد يظهر ميل الطفل نحو إظهار النزعة العدائية التحيزية . من جانب آخر ، ينبغي أن تعكس نصوص الأدوار التمثيلية مواقف حقيقية يعاني الطفل فيها من صعوبة في التعامل في المدرسة والمنزل .

٥ ـ كلّف الطفل بواجبات منزلية

معرفة كيفية التصرف في موقف اجتماعي وامتلاك المهارات اللازمة لأداء استراتيجية مفيدة لا يكفيان في أغلب الأحيان لتعديل السلوك . إذ يعاني الأطفال ، وخصوصاً أولئك المصابون بالاندفاعية ، من مشكلات كبيرة في تعميم المهارات الاجتماعية إلى البيئات الطبيعية ، من مثل الملعب وغرفة الطعام. وتكمن إحدى الوسائل المفيدة لتحسين التعميم في تكليف الطلبة بوظائف بيتية تجعلهم يطبقون الاستراتيجية التي تم تعلمها ، ويدونون كيف تم توظيفها وماهية المخرجات التي نتجت ، ويبلغون العيادي بالخلاصة في غضون فترة قصيرة . وحيث إن العديد من الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لا يذعنون للقوانين والتعليمات في أغلب الأحيان ، فينبغي أن يُعد الطالب والعيادي اتفاقًا سلوكيًا يشترط أداء الواجبات المقررة ، ويتضمن أيضا نتائج تنفيذ بنود الاتفاق أو عدم تنفيذها (انظر الفصل السادس لمزيد من التفاصيل حول الاتفاقات السلوكية) .

٦ ـ أرشد الراشدين والأقران لحفز السلوك الاجتماعي المناسب وتعزيزه

حيث إن الأطفال الاندفاعيين يعانون من مشكلات كبيرة في تطبيق المهارات المتعلمة في البيئات الاجتماعية المتنوعة ، يجدر بالراشدين (من مثل المدرسين والمعاونين الرياضيين ، والوالدين) مراقبة أطفالهم بعناية ، وحفزهم على استخدام مهارات محددة ، وتعزيز التوظيف الفعال للاستراتيجيات . إضافة إلى ذلك ، بما أن العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يواجهون صعوبة في السيطرة على انفعالاتهم في المواقف الاجتماعية ، فقد يحتاج هؤلاء الأطفال إلى راشدين لمساعدتهم على الاسترخاء والتعامل مع انفعالاتهم على نحو تكيفي . ويمكن في بعض الحالات جعل أحد الأقران يقوم بدور رفيق للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويتضمن دور

القرين الرفيق ، من مثل الزميل الراشد ، حفز وتعزيز الاستخدام الفعال لاستراتيجيات التحكم بالانفعالات . لكن يجدر أن يتمكن الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من تقديم بعض المساعدة لرفيقه (في القراءة أو الرياضيات ، مثلاً) وذلك حتى تكون العلاقة تعاونية مشتركة وليست هرمية . وحيث إن مساعدة الأطفال ذوي المشكلات الاجتماعية في الملعب أو غرفة الطعام ليست سهلة ، تقتضي الحاجة إلى تدريب الزملاء الراشدين والأقران الرفاق ، مع تقديم المشورة المستمرة لهم وذلك من أجل ضمان فائدتهم الفعلية للطفل .

٧ ـ قدم تدريبًا للأقران غير المستهدفين

يستطيع الأطفال الذين يضايقون الآخرين اكتساب سمعة سيئة يصعب تغييرها . وقد دلت الأبحاث على أن الأقران الذين يتفاعلون مع الأطفال العدوانيين يستمرون في اعتبار هؤلاء الأطفال عدوانيين حتى في المواقف التي لا يكون فيها سلوكهم عدوانيًا طبقًا للمعايير الموضوعية . من هنا ، ومن أجل تغيير نمط من أنماط السلوك الاجتماعي ، فلا يكفي العمل مع الطفل العدواني وحده ، بل يحتاج الأقران غير الاندفاعيين أو غير العدوانيين أيضا إلى تلقي تدريب للكشف عن الطرق التي يستخدمونها « لجعل » الطفل يتصرف على نحو عدواني.

٨ ـ صمم بيئات اجتماعية تعزز السلوك الاجتماعي الإيجابي

يُظهر العديد من الأطفال ، وليس فقط أولئك المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مشكلات في الأداء الوظيفي للأقران عندما لا تكون البيئة حسنة التنظيم . فعلى سبيل المثال ، فالملاعب التي يعوزها الإشراف والتي لا توفر للطلبة ألعابًا ملائمة لسنهم غالبًا ما تفضي إلى حدوث سلوك عدواني جداً . لذلك ، يوصى أن يتعاون المديرون في المدارس مع مدرسي التربية

الرياضية والمعاونيين الرياضيين للإشراف بعناية على كل أرجاء الملعب ، وكذلك لتصميم نشاطات تطورية ملائمة ، والتأكد من تقديم الإشراف وتوافر ألعاب للطلبة يوميًا .

جـ - أهمية التدخل من قبل مجموعة الأقران في المدرسة

تتحلى برامج تدخل مجموعة الأقران التي تكون المدرسة مقرًا لها بعدّة حسنات بالنسبة للتدخلات العيادية ، أولاً ، يعتبر إشراك الأقران في عملية التدخل العلاجي للمهارات الاجتماعية أمرًا مهمًا . من هنا فإن تنظيم مجموعات تدخل للمهارات الاجتماعية تتكون من أطفال ذوي العمر المتقارب يظل طريقة ذات جدوى أكبر في المدارس والعيادات . ثانيًا ، يغلب أن ينضم الأطفال في العيادات إلى مجموعات مع أقران من أحياء مختلفة مما قد يحد من تأثير المجموعات العيادية على علاقات الأقران في بيئة الطفل الذاتية . ثالثًا ، يعتبر التشاور بين المدرس واختصاصي الصحة العقلية في المدرسة مهمًا لإغناء مقدرة الطالب على تعميم تأثيرات التدخل العلاجي . لذلك ، من الأجدى أن يتعاون الاختصاصيون في المدرسة مع المدرسين أكثر من مقدمي الخدمة في العيادات. رابعًا ، يستطيع اختصاصيو المدرسة تعديل البيئات الطبيعة التي يتفاعل بها الأقران (من مثل الملعب وغرفة الطعام) ، غير أن الاختصاصيين المتمركزين في العيادة تعوزهم السيطرة على العوامل البيئية في البيئة الطبيعية للطفل .

يواجه اختصاصيو المدرسة في بعض الأحيان صعوبة في تنفيذ التوصيات المستمدة من تدخلات المهارات الاجتماعية للمجموعة المتمركزة في المدرسة والمتصلة بالطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويعزى أحد أسباب ذلك إلى صعوبة ترتيب تدخلات المجموعة واستغراقها وقتًا طويلاً . على الرغم من ذلك ، إذا ما واجه طالب مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مشكلات اجتماعية نتيجة لهذه الحالة ، فإنه يصبح مؤهلاً لتلقي تدخلات

مناسبة (انظر الفصل الثامن) . أما إذا أخفقت المدرسة في إجراء تدخلات المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الطالب ، فيتوجب أن يتحدث الوالد مع المدير بشأن كتابة برنامج تعليم فردي كما شرعه القانون . أما السبب الآخر وراء المشكلات في تنفيذ تدخلات المجموعة فيتمثل في احتمالية افتقار اختصاصي المدرسة للتدريب الضروري . وفي مثل هذه الحالات ، يمكن اللجوء إلى اختصاصي من خارج المدرسة (من مثل الاختصاصي النفسي العيادي للأطفال ، والاختصاصي الاجتماعي العيادي) وذلك لتقديم المشورة . علاوة على ذلك ، تتوافر هناك مصادر ممتازة لمساعدة اختصاصي المدرسة في إجراء تدخلات المهارات الاجتماعية للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والمشكلات المصاحبة .

الخلاصة

غالباً ما يعاني الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من صعوبات من العلاقات الاجتماعية والتي يكون مردها عدم كفاية الدراية الاجتماعية ، ومشكلات في التحكم بالاندفاعية والاستجابات الانفعالية ، وعدم واقعية أهداف وتوقعات النجاح ، والتفسيرات غير السليمة للمواقف الاجتماعية . ويمكن أن تعتبر الاستراتيجيات المشروحة في هذا الفصل مفيدة في مساعدة طفل يواجه مشكلات تتعلق بأقرانه .

عندما يعاني الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات بسيطة نسبياً في علاقات الأقران ، يكون بمقدور العيادي في أغلب الأحيان المساعدة عبر التشاور مع الوالدين فيما يتصل بالوسائل التي يستطيعون من خلالها إنشاء ودعم خبرات اجتماعية ناجحة لطفلهم . أما عندما تؤدي المشكلات الاجتماعية إلى درجة أكبر من الصعوبات ، فقد تدعو الحاجة إلى تسجيل الطفل في برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية يديره اختصاصي صحة عقلية مؤهل . ويمكن أن يتيح التدريب العيادي على المهارات

الاجتماعية للطفل فرصاً لتطبيق استراتيجيات علاقات أقران محددة ، غير أن هذا الشكل من التدخل العلاجي ينبغي رفده عموماً باستراتيجيات تعدل الإطار الاجتماعي حتى يتأتى تغيير سلوك الطفل . فعلى سبيل المثال ، تقتضي الضرورة عادة إعادة تنظيم بيئة الملعب ، وتدريب المعاونين الرياضيين ، وإشراك واحد أو أكثر من الأقران في عملية التدخل العلاجي . وتعتبر المدرسة البيئة المثاليّة لإجراء تدريب جماعي على المهارات الاجتماعية ، غير أن اختصاصيي المدرسة غالباً ما يحتاجون إلى التشاور مع مقدمي خدمة الصحة العقلية خارج المدرسة، وذلك لإعداد برنامج فعال للتدخل العلاجي المتصل بعلاقات الأقران .

الفصل الثامن

العلاج الدوائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل الثامن

العلاج الدوائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يعتبر العلاج الدوائي أحد أكثر طرق العلاج استخداماً لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، يعرض هذا الفصل استطبابات العلاج الدوائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ويدرس كذلك المبادئ المهمة في تجريب العلاج الدوائي ، إضافة إلى جوانب تتعلق بوقف العلاج الدوائي . يلي ذلك عرض لفئات معينة من العقاقير والأدوية مع تركيز على المعلومات المهمة للاستعمال العيادي . ويذكر أن عدداً من الأدوية المعروضة في هذا الفصل مازال استعمالها غير متفق عليه لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو لعلاج الأطفال ، وذلك لعدم كفاية الأبحاث المتصلة بفعّاليتها وآثارها الجانبية وليس لوجود مشكلات واضحة فيها .

أ ـ استطبابات العلاج الصيدلاني لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يعتمد القرار المتعلق بالشروع في استعمال علاج دوائي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على احتمالية تحسين الدواء للأعراض المشكلة ولشدة الأعراض وانتشارها ، وعلى احتمالية ظهور آثار جانبية للدواء . إذ تعتبر المنباهات (Stimulants) من مثل الميثيلفنديت (Methylphenidate) ، ودكسترو أمفتمين (dextroamphetamine) ، مفيدة لـ ٧٠ ٪ من حالات الأطفال المشخصة على نحو مناسب . وقد تزيد منبهات مختلفة وجرعات مختلفة سرعة

الاستجابة إلى ما يصل إلى ٩٥ ٪ . من جانب آخر ، تعتبر الآثار الجانبية للعقاقير المنبهة بسيطة على وجه العموم ، غير أنه لا يمكن اعتبارها نادرة . وحيث إن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تتفاوت مستويات شدته ، فإن بعض الأطفال قد يستفيدون على نحو كاف من التدخلات غير الدوائية بمفردها . أما الإرشادات المتصلة بالممارسة العملية الاختصاصية فهي عموماً تؤيد مبدأ التوصية باستعمال العلاج الدوائي في الحالات التي يكون فيها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة شديداً لدرجة يُعتقد عندها أن الاستراتيجيات غير الدوائية غير كافية لتحسين الأداء الوظيفي ، أو في حالة عدم حدوث تحسن كاف على الرغم من استعمال علاجات غير دوائية ملائمة . وهذا يترك للعيادي المجال لتقرير متى تتحقق هذه المعايير لكل حالة على حدة .

قد تصعب عملية قياس الشدة بسبب عدم وجود مقياس واضح وصادق لشدة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . أما مدى الانتشار فقد يكون تحديده أكثر سهولة . فإذا كان أداء الطفل الوظيفي كافياً في كل الميادين فيما عدا إحضار المواد المناسبة لحل الواجبات المنزلية إلى البيت فقد يكون التركيز على تدخل غير دوائي في هذا الميدان أمراً عملياً . أما في حالة تأثر ميادين أخرى أيضا ، فمن غير المرجح أن يتمكن الطفل أو أسرته من إحراز تقدم في عدة ميادين في وقت واحد دون اللجوء إلى العلاج الدوائي لإحداث تخفيف حقيقي في الأعراض الرئيسة .

ويمكن العثور على شواهد أخرى على الشدة في المعاناة التي يدفعها الطفل وهو يجابه أعراض الاضطراب في حالة ظهور مشكلات ثانوية . فقد يكون طفل قادراً على تحصيل درجات كافية ويكون أداؤه الوظيفي معقولاً جداً داخل الصف ، غير أنه في حالة إظهاره حصراً نفسياً أو غضباً غير اعتيادي فيما يتصل بأعمال المدرسة في البيت أو قضائه كل وقته غير المدرسي في حل الواجبات المنزلية ، فيمكن التنبؤ بتفاقم هذه المشكلات الثانوية . وفيما يلي بعض

المؤشرات الشائعة المهمة التي تدل على حدوث خلل وظيفي كبير في البيئة المدرسية وحتى لو كانت الدرجات كافية : تدني الاعتداد بالذات، واحتقار الذات، وزيادة مشكلات السلوك أو الأداء البينشخصي في المنزل ، وعزوف الأقران .

يتردد العياديون في بعض الحالات في إدخال العلاج الدوائي بسبب عدم كفاية الاستراتيجيات غير الدوائية الموضوعة قيد التنفيذ . إذ تتراوح تدخلات الأسرة بين الشروع في تثقيف الأسرة حول اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وعن كيفية التعامل معه (انظر الفصل الرابع) إلى المعالجة الأسرية الموسعة والإرشاد المتعلق بإدارة السلوك (انظر الفصل الخامس) . وتتراوح التدخلات التربوية بين تزويد المدرس بمواد عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وكيفية التعامل معه إلى إعداد خطة تربية خاصة شاملة لمعالجة المشكلات السلوكية والأكاديمية (انظر الفصل السادس) . وحتى في حالة محدودية موارد الأسرة والمدرسة والمجتمع ، يستطيع العيادي الشروع في تدخلات غير دوائية عبر تقديم معلومات وطرق للمتابعة في تدخلات أخرى أكثر تكثيفًا . غير أنه للأسف تتقدم مسألة موارد الأسرة والمدرسة والمجتمع في العديد من الحالات على درجة حاجة الطفل لدى تقرير نوع وكثافة التدخلات غير الصيدلانية التي سيتم توظيفها في نهاية المطاف . من هنا ، يجب أن يقرر العيادي طول مدة انتظار الشروع في العلاج الدوائي وذلك أثناء سعيه للحصول على مساعدة غير دوائية أكثر تكثيفًا . وينبغي الأخذ بعين الاعتبار العواقب المترتبة على الطفل في هذا الموقف ، فعندما تكون هذه العواقب واضحة ، فإنه لا يرجح أن يستفيد الطفل من تأخير العلاج الدوائي على المدى الطويل . أما أحد العناصر المهمة لاستعمال الأدوية في المواقف التي يؤمن فيها العيادي بضرورة وجود تدخلات أخرى فيتمثل في التحديد الدقيق للأعراض المستهدفة وتقييم الاستجابة للعلاج الدوائي . وسيتم توضيح ذلك أكثر في القسم التالي .

لا ينبغي استخدام التجريب الدوائي لإجراء التشخيص وذلك لأن الأفراد

الذين لم يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم قد يظهرون أيضا تحسنا في التركيز والإنتاجية العملية دون تناول عقار منبه ، وذلك على الرغم من احتمالية كون درجة التحسن أقل . وقد يلجأ في بعض الحالات إلى استعمال العلاج الدوائي لمعالجة أعراض قصر مدة الانتباه و/أو الحركة الزائدة لدى طفل مصاب باضطراب أساسي مختلف ، من مثل اضطراب المعالجة السمعية الرئيسة (Central Auditory Processing Disorder) أو اضطراب تطوري شامل (Pervasive Developmental Disorder) .

ب ـ الأسس المهمة في عمليات التجريب الدوائي

تعتمد تفاصيل التجريب الدوائي على العقار الدوائي الذي نحن بصدده . فمع أن التجارب النموذجية لأغراض بحثية تتضمن جرعات متعددة وعقاقير زائفة (Placebo) ، فلا تتوافر هذه العقاقير الزائفة بسهولة لدى العياديين المحليين . فضلاً عن ذلك ، هناك عدة عوامل أخرى يمكن أخذها بعين الاعتبار للمساعدة في اتخاذ قرار مناسب فيما يتعلق باستمرارية العلاج الدوائي في بيئة الرعاية الأولية :

١ ـ يجب أن تكون الأعراض المستهدفة واضحة للعيادي ، والوالدين ، والمراهق ، أو من هو قبل سن المراهقة . ويجب تحديد أربعة أو خمسة من الأغراض المستهدفة والمهمة وذلك أثناء عملية التقييم . وقد يلجأ العيادي إلى مد يد العون للأسرة للكشف عن الأهداف المناسبة . إذ أن وجود سلوكات مستهدفة محددة وواقعية يساعد كل المعنيين في التركيز على تأثيرات العلاج الدوائي إبان فترة التجريب على نحو أكثر دقة .

٢ ـ ينبغي أن يطلب العيادي من الوالدين والمدرسين تغذية راجعة مكتوبة منتظمة ، وتكون على شكل مقياس تقدير وليس مجرد الاستفسار عن انطباعهم عن مستوى الفعّالية . فمع أن الانطباعات تعتبر كافية للدلالة على وجود استجابة إيجابية من مستجيب مثار ، فقد تكون غير محددة للغاية لدرجة تتعذر

فائدتها في التمييز بين الجرعات المثلى . إضافة إلى ذلك ، تقل احتمالية تأثر تقديرات سلوكات محددة ضمن مدة زمنية معينة بسلوكات غير طبيعية أو سلبية منفصلة وبأحداث مفردة ، وهذا بخلاف حال الانطباعات العامة . من جانب آخر، قد يكون مقياس التقدير « منزليًا » بحيث يكون جزءًا من التقرير اليومي عن الطفل (انظر الفصل السادس) ، أو قد يكون مقياسًا جاهزًا ومختصرًا ومحدود المدى . من مثل تلك المشروحة في الفصل الثاني . وإذا ما تم تحديد سلوكات مستهدفة غير مشمولة في مقياس التقدير الذي تم اختياره ، فيمكن إضافتها إليه . وحتى تتأتى الفائدة القصوى من مقاييس التقدير ، فيجب إنجازها قبل أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج الدوائي . وكذلك فإن جعل المدرس ينجز مقياس التقدير مرة أو مرتين كل أسبوع ولمدة أربعة إلى ستة أسابيع عقب الشروع في العلاج الدوائي يتيح عملية تجريب كافية للتعديلات على الجرعة الدوائية .

٣ ـ ينبغي أن يكون الوالدان على دراية بجميع تأثيرات العلاج الدوائي وذلك حتى يصبحا مشاركين فعّالين في عملية اتخاذ القرار . فعلى سبيل المثال، فإن استخدام جرعة صباحية أو جرعة وقت الغداء من عقار منبه قصير المفعول لا يتيح للوالد فرصة لمراقبة تأثيرات هذا الدواء . بالتالي ، عندما يلاحظ المدرسون حدوث تأثيرات إيجابية في حين يلاحظ الوالدان « ارتكاسًا » (تفاقم فرط الحركة و/ أو الكآبة مع انقضاء مفعول الدواء) ، فليس من المحتمل وصولهم إلى إتفاق حول نجاعة هذا العلاج الدوائي . وقد يؤثر هذا الخلاف في مقدرتهم على التعاون من أجل مصلحة الطفل . من هنا ، تتمثل إحدى طرق ضمان حصول الوالدين على خبرة كافية في جعل الوالدين يقدمان الدواء للطفل خلال إجازة نهاية الأسبوع أثناء الفترة التجريبية ، أو أن يقدما له جرعة ثالثة من أجل إنجاز الواجبات المنزلية ، ومن أجل تحسين السلوك في بداية الفترة المسائية .

٤ - ينبغي تجريب مجموعة من الجرعات ، أو في بعض الحالات عقاقير منبهة مختلفة وذلك لتحديد الوسيلة المثلى . فقد تنتاب بعض الأطفال انفعالية زائدة بسبب جرعة متدنية جداً . من هنا ، فإنه يوصى بتقديم جرعة واحدة في كل أسبوع. ولا يعزى ذلك إلى حاجة العقار إلى هذه الفترة من الوقت لتحقيق فعاليته ، ولكن لإتاحة فترة ملاحظة كافية ومعبرة للوالدين والمدرسين ، إذ أن مفعول العقاقير المنبهة يعتبر سريعاً فيما عدا بيمولين المغنيسيوم (Magnesium Pemoline). وقد تصل نسبة الأطفال الذين تتحسن استجابتهم لعقار منبه دون آخر إلى ٦٠٪ بالتالي ، فمن المنطقي أن يتم تجريب عقار منبه آخر في حالة وجود نتائج غير كافية للعقار الأول .

جـ - وقف العلاج الدوائي

قد يكون وقف العلاج الدوائي إما « فترة تعليق » للدواء أو وقفاً دائماً له . فمنذ سنوات عديدة يتمثل الإجراء النموذجي في وصف عقاقير منبهة لغاية الاستعمال خلال ساعات الدوام المدرسي . غير أنه بعد إدراك التأثيرات الإيجابية للأداء الوظيفي البينشخصي مع الأقران وأعضاء الأسرة ، شرع العياديون في وصف المنبّهات لكي تستعمل خلال إجازة نهاية الأسبوع وخلال الإجازات الأخرى أيضا . إضافة إلى ذلك ، وعلى الرغم من التأثيرات الموثقة جداً على الأداء الوظيفي السلوكي والأكاديمي قصير المدى ، لم يتم إثبات فعّالية المنبهات في تغيير المخرجات بعيدة المدى على نحو جوهري في تلك الميادين . ويعتقد أن أحد أسباب ذلك هو الافتقار إلى معالجة فعالة خلال الأوقات غير الصفية . أخيراً فقد تمت الإشارة إلى أن الاستعمال الأكثر ثباتاً للدواء قد يقلل من بعض التأثيرات الجانبية ، من مثل حدوث تقلصات لا إرادية ، غير أنه لا يتوافر دليل واضح يؤيد هذه الفرضية أو ينفيها . أما أحد التأثيرات الجانبية التي من المؤكد أن لها علاقة ما بالاستعمال المتزايد للدواء فهو بطء زيادة الوزن والنمو الخطي ، غير أنه لا يمكن اعتبار ذلك أمراً شائعاً .

في حالة كون سلوكات الاستجابة المستهدفة والمحددة مسبقًا مشكلة أيضا في إجازة نهاية الأسبوع ، فربما تكون مصلحة الطفل العليا تقتضي تناول دواء في نهاية الأسبوع . فذلك قد يساعد في تحسين مهمة إنجاز الواجبات المنزلية ، وعلاقات الأسرة ، والسلوك أثناء اللعب ، والتفاعلات الاجتماعية ، وأداء الطقوس الدينية . أما في بعض الحالات الأخرى ، فقد تدعو الحاجة إلى جرعة أقل من تلك المطلوبة عادة للمدرسة ، وذلك لتحسين الفعّالية . وقد تتاح خلال الصيف للطفل المشاركة في الرياضة أو المعسكر الصيفي أو التعليم الخاص ، أو المدرسة الصيفية ، وفي هذه الحالة قد تحقق هذه المشاركة نجاحًا أكثر فيما لو استمر الطفل في تناول الدواء . وتعتبر فترة ثلاثة أو أربعة أسابيع من تناول الدواء خلال إجازة الصيف أمرًا معقولاً في حالة وجود مشكلات في النمو أو في حالة الحاجة إلى إعادة تقييم لتأثير الدواء على الأداء الوظيفي خارج نطاق المناهج المدرسية . وهناك بعض الطلبة لا يعانون من وجود سلوك فوضوي ذي شأن ويظل أداؤهم الوظيفي محافظًا على المستوى ذاته دون تناول دواء نهاية الأسبوع .

يظل معظم الأطفال الذين يستفيدون من العلاج الدوائي يستجيبون لذلك العلاج لسنوات عدة . فقد كان يعتقد أن المنبهات تفقد فعاليتها بعد سن البلوغ، غير أنه تم البرهنة بجلاء على إمكانية الاستفادة من المنبهات من قبل المراهقين والراشدين . فمع أن هناك احتمالية أن تخبو أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع الوقت - وخصوصًا فرط الحركة الخارجي الظاهر - سيستمر أغلبية الأفراد في التعرض لبعض الأعراض حتى سن الرشد . ويتوقف قرار وقف الدواء على مدى وجود أعراض متبقية ؛ فإن وجدت ، فإن القرار يعتمد على مدى الخلل الوظيفي الذي تسببه وعلى مدى إمكانية علاجها بالتدخلات غير الدوائية .

ينبغي على العيادي الذي يصف الدواء إعادة تقييم فعّالية ذلك الدواء دوريًا

خلال مدة مراقبة العلاج والمتابعة (انظر الفصل العاشر) . وغالبًا ما يتم ذلك بطريقة غير رسمية حينما ينسى الوالدان تقديم جرعة ، فيتلقى الوالدان تغذية راجعة من مدرس غير معني . وفي حالة عدم وضوح مدى فعّالية الدواء ، فيمكن تعليق الدواء لفترة تجريبية (من مثل ٢ ـ ٣ أسابيع) أو يمكن تخفيض الجرعة لفترة تجريبية . ولا يفضل القيام بذلك في وقت لا يكون في مصلحة الطالب أن يتدهور أداؤه الوظيفي في المدرسة كثيرًا (من مثل ، قبيل الاختبارات النهائية أو خلالها ، أو في بداية سنة دراسية جديدة ، أو لدى دخوله في بيئة مدرسية جديدة) .

العقاقير المستخدمة لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

تتحدث الأقسام التالية عن أنواع العقاقير التي تستخدم عمومًا لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويتضمن ذلك المنبّهات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ، ومضادات ارتفاع ضغط الدم ، ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين .

أ ـ المنبهات Stimulants

تتضمن المنبهات الشائعة الاستعمال لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الريتالين (Ritalin) ، ودكسدرين (Dexedrine) ، وأدرول (Adderall)، وسيلرت (Cylert) . أما الديوكسن (Desoxyn) فهو متوافر لكنه يستعمل على نطاق أضيق . وتوثق الدراسات قصيرة المدى فعّالية المنبهات في تحسين السلوك الصفي وإنتاجية العمل ، وإدامة الانتباه ، وتفاعلات الوالد مع الطفل وتفاعلات الأقران . أما في العدد القليل نسبيًا من الدراسات طويلة المدى ، فلا يظهر أن للعلاج الدوائي فعّالية جوهرية في تحسين المخرجات التربوية أو البينشخصية النهائية . وليس واضحًا إلى أى مدى يمكن اعتبار هذه المخرجات السلبية إحدى نتائج عدم كفاية المعالجة غير الدوائية ، أو عدم كفاية مدة استعمال الدواء ، أو مشكلات أصيلة في الإنجاز الكامل للدراسات طويلة المدى،

أو وجود عوامل أخرى . ويذكر أن المنبهات تكون فعالة لدى أطفال ما قبل سن المدرسة ، والأطفال في سن المدرسة ، والمراهقين والراشدين ، غير أنه يبدو أن الأطفال في سن المدرسة يعانون من تأثيرات قوية أكثر من غيرهم . وعادة ما يتم الإبلاغ عن حدوث تأثيرات جانبية ، غير أن العديد منها يتم الإبلاغ عنها أيضا قبل بدء العلاج الدوائي أو إبان الفترات التجريبية التي تستعمل فيها العقاقير الزائفة (Placebo) . ونذكر من هذه الأعراض على وجه الخصوص الأرق وضعف الشهية والصداع وآلام المعدة ، وعادة ما يزداد ضعف الشهية المسبق سوءًا لدى تناول المنبهات . أما بالنسبة لوجود حالة أرق سابقة ، فقد تزداد سوءًا أو تتحسن إذا كانت بسبب الضغط الناتج عن مشكلات المدرسة ، لكنها غالبًا ما لا تتأثر بتناول المنبهات . أما بالنسبة لوجود حالات صداع بما في ذلك (الشقيقة) (Migraine) أو حالات سابقة من ألم المعدة (مرتبطة بالضغط) ، فغالبًا ما تتحسن لدى تناول المنبهات . غير أن حالات الشقيقة قد تتفاقم في بعض الأحيان . هذا وقد أشارت إحدى الدراسات إلى وجود علاقة أيضا بين حدوث خلل في النمو والإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، دون أن يكون للعلاج بالمنبهات صلة بذلك . ومن الأمثلة على العقاقير المنبهة ما يلي : ميثلفنديت (Methylphendate) ، ودكسترو أمفيتمين (-Dextroampheta mine) ، وبيمولين المغنسيوم (Magnesium Pemoline) .

ب ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Tricycic Antidepressants

تعتبر هذه المضادات منذ زمن طويل عقاقير من الدرجة الثانية من ناحية علاجها لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وهناك بعض من العياديين الذين يعتبرونها من الدرجة الأولى بالنسبة لطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، إضافة إلى وجود كآبة أو حصر نفسي لديه . وتكمن ميزاتها التي تجعلها تفوق المنبهات ، في أن تأثيرها يظل ثابتًا حتى المساء . فهي تزيد من إفراز كل ناقلات الأمين الحيوي (Biogenic Amine Transmitters) بما فيها

الدوبامين (Dopamine) ونوربينفرين (Norepinephrine) وسيروتونين (Serotonin) . غير أنه يعتقد بأن أكبر تأثير لها هو في إفراز - وليس في تثبيط - النوربينفرين - وليس الدوبامين . هذا وتدعم دراسات عدة أجريت على أطفال ما قبل سن المدرسة تأثير مضادات الاكتئات ثلاثية الحلقة في معالجة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أن معظم الدراسات المقارنة تثبت أنها أقل فعّالية إلى حد ما من المنبهات . هذا وقد تفاوتت الجرعات للحالات التي أجريت عليها الدراسات كثيرًا ، ولا يبدو أن هناك علاقة جيدة بين الجرعات ومدى الفعّالية ، أو مستوى مصل الدم (Plasma) ومدى الفعّالية . ويظل مستوى مصل الدم له أهميته في تجنب السمية (Toxicity). من جانب آخر ، تظل احتمالية زيادة اضطرابات التقلصات اللاإرادية (Tics) أقل لدى استعمال مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة منها في استعمال المنبهات . وهي تشبه المنبهات من حيث احتمالية واكتشاف استجابة أفضل لدى فرد دون وجودها لدى فرد آخر . غير أنه لا تتوافر بيانات تنبؤية تساعد في توجيه مجموعة الخيارات المتوافرة لكل مريض . وكما هو الحال في المنبهات ومثبطات الانفعال القسري ، فقد يعجل استعمال مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة في حدوث المس (Mania) أو قد يفاقمه . ولا توجد هناك دراسات طويلة المدى لاستعمال هذه المضادات في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

يبدو أن الأطفال يحتاجون إلى جرعة أكبر - تبعًا لوزنهم - وذلك للوصول إلى المستويات ذاتها من مصل الدم . غير أن الجرعات الأقل تكون مطلوبة عمومًا لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مقارنة مع الكآبة . وهناك تباين واسع فيما بين الأفراد بالنسبة لمستويات مصل الدم للجرعة نفسها من عقار مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقة . ويعاني حوالي ٧ ٪ من الأفراد من بطء عمليات التأيض ، بالتالي قد يصل التأثير للجرعات المعيارية إلى مستويات سمية ،

فتكون مراقبة مستويات مصل الدم أمراً أساسياً . وقد يحصل هناك تحمل للجرعة الفعالة المطلوبة بعد مضي عدة أسابيع إلى بضعة شهور .

يعتبر التسمم القلبي (Cardiotoxicity) أكبر مشكلة تواجه من يتناولون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة . ولا تعتبر هذه الاحتمالية الكامنة ظاهرة جديدة ، غير أن الوفاة الفجائية لعدة أطفال ومراهقين كانوا يتناولون عقار ديسبرامين (Desipramine) لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة زادت من الاهتمام بهذه المشكلة . فقد عانى عدد من أولئك الأطفال من أعراض كامنة للقصور في أداء القلب وفقاً للسير المرضية لأسرهم ، مما يبرز الحاجة لاستقصاء هذه المسائل بعناية .

- ومن الأمثلة على العقاقير مضادة للإكتئاب ثلاثية الحلقة ما يلي :

إميبرامين (Fmipramine) ، وديسبرامين (Desipramine) ، ونوترايبتلين (Nortriptyline) وأميتربتلين (Amitriptyline) ، وكلوميبرامين (Clomipramine) وبيوبروبيون (Bupropion) .

جـ ـ مضادات ارتفاع ضغط الدم **Antihypertensives**

تم استخدام عدة عقاقير مضادة لارتفاع ضغط الدم ونخص بالذكر كلونيدين (Clonidine) وغوانفسين (Guanfacine) ـ وذلك لمعالجة أعراض الحركة الزائدة وفرط الاستجابة Overreactivity والاندفاعية لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، واضطرابات الحركات اللاإرادية والإعاقات التطورية الأخرى . ويعتبر الكلونيدين فعالاً كعلاج للاستثارة الزائدة (Overarousal) والنشاط الزائد ، وتدني تحمل الشعور بالإحباط ، وفرط الحركة . ولهذا السبب ، يشيع استعمال هذا العقار كثيراً للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ومشكلات المقاومة ـ العصيان ـ ومشكلات السلوك الأخرى ذات الصلة . غير أنه لم تتم البرهنة بجلاء على

حدوث تأثيرات إيجابية على مدة الانتباه والتركيز وشرود الذهن . ويذكر أن الكلونيدين أدى دوراً بارزاً على وجه الخصوص في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في حالة مصاحبته مع وجود اضطرابات التقلصات اللاإرادية (Tic Disorders) . ويعزى ذلك إلى حقيقة أنه لا يفاقم السلوكات المكررة ، وقد يثبطها في واقع الأمر .

أما عقار الغوانفسين ، فلا تعتبر الدراسات التي أُجريت حول تأثيره كافية للخروج بأحكام مبدئيّة عنه . من ناحية أخرى ، تشير التجارب الأولية المتعلقة بهذا العقار إلى احتمالية فعاليته لعلاج الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فقط أو الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في متلازمة توريت (Tourette Syndrome) . ويوصف الغوانفسين لعلاج ارتفاع ضغط الدم لدى الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن اثنتي عشرة سنة. ومن أكثر أعراضه الجانبية شيوعاً النوام (lethargy) والصداع وألم المعدة ، وتدني الشهية .

د ـ مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

تتضمن هذه المثبطات تأثيرات مضادة للاكتئاب ومضادة للحصر النفسي ، ومضادة للهواجس القسرية (Anti - Obsessive- Compulsive Effects) ، والتي بدورها قد تساعد في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومع أنه لا توجد علاقة مباشرة بين السيروتونين (Serotonin) وأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أنه يبدو مؤكداً أن له دوراً رئيساً في حدوث أعراض الكآبة والحصر النفسي والهواجس القسرية ، والعدوانية . وتتمثل طريقة عمل هذه المثبطات في وقف إعادة امتصاص مادة السيرتونين . أما الأعراض الرئيسة لهذه المثبطات فتشمل الصداع والغثيان ، والتقيؤ ، والإسهال ، والعصبية ، وقلق النوم، والاختلال الجنسي . وعلى الرغم من تكرار استعماله في

علاج النوبات العدوانية أو مشكلات ضبط الانفعال ، فسيظهر الأطفال تزايداً في هذه المشكلات لدى تناولهم واحدا أو أكثر من مثبطات إعادة امتصاص السيرتونين. أما التنشيط السلوكي أو التهيج السلوكي ، فقد يسفر عن تفاقم واضح في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويذكر أيضا أن هناك إمكانية تجعل هذه المثبطات تزيد من المس (Mania) والذهان (Psychosis) .

ومن الأمثلة على العقاقير المثبطة لإعادة إمتصاص السيروتونين ما يلي :

فليوكستين (Fluoxetine) ، وسيرترالين (Sertraline) ، وباروكستين (Paroxetine) ، وفلفوكسامين (Fluvoxamine) .

هـ - الجمع بين العقاقير الدوائية

مازالت الأبحاث الرسمية المتصلة بعمليات الجمع بين العقاقير الدوائية لدى معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قليلة جداً ، وذلك مع أن عمليات الجمع هذه شائعة إلى حد ما ، خصوصاً في حالة وجود اضطرابات مصاحبة. وتتضمن أكثر عمليات الجمع شيوعاً عملية الجمع بين عقار منبه وعقار مضاد لارتفاع ضغط الدم، أو عقار مثبط لإعادة امتصاص السيرتونين، أو عقار مضاد للذهان . وهناك أيضا جمع بين عقار منبه ومثبطات بيتا (Beta - Blockers) . ويمكن اعتبار مثل عمليات الجمع هذه مفيدة جداً ، غير أنه يتوجب أن تكون هناك مراقبة عيادية ومخبرية دقيقة . فعلى سبيل المثال ، تعتبر عمليات الجمع بين العقاقير المنبهة والعقاقير ثلاثية الحلقة ذات ميزة أساسية . وتكمن هذه الميزة في المقدرة على التأثير على أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة طوال الوقت ، بحيث تصل ذروة هذه الفعالية خلال اليوم المدرسي . غير أن المشكلة الرئيسة في ذلك تتمثل في زيادة نشاط الأوعية القلبية ، وخصوصاً لدى الأطفال

استعمال الأدوية في حالات خاصة

يُعقّد وجود اضطرابات إضافية الإدارة الصيدلانية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك من حيث احتمالية كون الأفراد ذوي الاضطرابات

المصاحبة أكثر عرضة للتأثيرات الجانبية ، مما قد يستدعي استعمال أكثر من عقار واحد . ويحدث هذا الأمر في أغلب الأحيان . من هنا ، قد يكون من المفيد التشاور مع طبيب يتمتع بخبرة أكبر في استعمال بدائل - ...... - أو خليط من عقاقير دوائية .

١ - اضطرابات التقلصات اللاإرادية Tic Disorders

التقلصات اللاإرادية هي عبارة عن حركات أو أصوات قصيرة ومتقطعة ومتكررة وشبه لا إرادية . ويعتقد أن سببها الأساسي هو الخلل الوظيفي في نشاط الناقل العصبي لمادة الدوبامين في العقد العصبية القاعدية (Basal Gan-glia) . من جانب آخر ، تشيع مشاهدة اضطرابات التقلصات اللاإرادية في ميدان طب الأطفال ، ومن الشائع أيضا أن تتصاحب مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . بالتالي ، تبرز لهذا الأمر دلالات مهمة للإدارة الطبية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

تتضمن اضطرابات التقلصات اللاإرادية ما يلي : اضطرابات التقلصات اللاإرادية العارضة Transient Tic Disorder في مرحلة الطفولة ، والتقلصات اللاإرادية الحركية المزمنة ، والتقلصات اللاإرادية الصوتية المزمنة ، ومتلازمة توريت . وقد تكون التقلصات اللاإرادية بسيطة أو معقدة . وتشمل الأمثلة الدالة على التقلصات اللاإرادية الحركية البسيطة ، طرف العين (Eye Blinking) ، والتجهم (Facial Grimacing) ، وصرّة الكتفين (Shoulder Shrugging) . أما التقلصات اللاإرادية الصوتية البسيطة فتتضمن ، التنشق (Sniffing) ، والنخر (Grunting) ، والتنحنح (Throat Clearing) . من جانب آخر تتضمن التقلصات اللاإرادية الحركية المعقدة سلسلة من الحركات من مثل اللمس المتكرر ، أو جلوس القرفصاء (Squatting) ، والحركات المكرورة (Rituals) . أما التقلصات اللاإرادية الصوتية فتشمل تكرار الكلمات والعبارات . من مثل الكوبرلاليا (Coprolalia) - وهي تكرار كلمات اللعن والشتم - والتي تصيب نسبة

قليلة فقط من الأفراد الذين يعانون من متلازمة توريت .

تشير الدراسات الوراثية إلى أن متلازمة توريت واضطرابات التقلصات اللاإرادية المزمنة واضطراب الهواجس القسرية تنتقل بالوراثة بين الأسر . بالتالي، في حالة وجود متلازمة توريت أو اضطراب الهواجس القسرية أو اضطراب تقلصات لاإرادية مزمن لدى أحد الأقرباء ، يكون الطفل أكثر عرضة للإصابة باضطراب تقلصات لاإرادية . ولوحظ أن التأتأة (Stuttering) واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تزداد نسبة حدوثها لدى الأسر ذات اضطرابات التقلصات اللاإرادية أكثر من غيرهم من الأسر ، غير أن طبيعة علاقتها مازالت موضع جدل . ويمكن القول أن ما معدله ٥٠ ٪ من الأطفال ذوي اضطراب تقلصات لاإرادية مزمن أو متلازمة توريت هم مصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

تستطيع العقاقير المنبهة إحداث مجموعة من السلوكات المكرورة أو مضاعفتها ، بما في ذلك التقلصات اللاإرادية ، ومتلازمة توريت ، والتفكير المتواظب Perseverative Thinking ، والسلوكات القسرية . هذا وقد اعتبر العديد من العياديين وجود اضطراب تقلصات لاإرادية في السيرة المرضية للأسرة مانعًا من وصف عقاقير منبهة . فبعد إدراك أن الاستعداد الوراثي لاضطرابات التقلصات اللاإرادية هو أكثر شيوعًا ممّا كان يعتقد في السابق ، أصبح واضحًا أن العديد من الأفراد الذين أصيبوا بالتقلصات اللاإرادية إبان تناول المنبهات قد يكون لديهم مثل هذا الاستعداد السبقي ، من جانب آخر ، يصف بالفعل العديد من العياديين المنبهات للأطفال المصابين باضطراب التقلصات اللاإرادية ، وذلك لأن معظم هذه الاضطرابات تعتبر بسيطة ولأنها غالبًا ما تتصاحب مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مما يجعلها أكثر تأثيرًا على الناحية الوظيفية .

تتراوح نسبة حدوث إصابة باضطراب تقلصات لاإرادية إبان تناول المنبهات لدى عموم الأفراد بين ١ ٪ ـ ٢ ٪ ويحد أعلى ٩ ٪ . وفي حالة كون السيرة المرضية الدقيقة للطفل والأسرة سلبيّة ، قد تكون احتمالية الإصابة أدنى ما يمكن. غير أنه للأسف غالبًا ما يدل استقصاء السيرة المرضية للأسرة عن عدم قدرة الأفراد عن تقديم تقرير دقيق عن التقلصات اللاإرادية لدى الأقرباء . من هنا ، تظل الإحصاءات الدقيقة المتصلة بخطر الإصابة بتقلصات لاإرادية في حالة ثبوت وجود اضطراب تقلصات لاإرادية أو اضطراب الهواجس القسرية وفقًا للسيرة المرضية للطفل أو الأسرة غير واضحة . غير أن نسبتها قد تصل إلى ٥٠ ٪ . إضافة إلى ذلك ، يزداد معدل الإصابة بتقلصات لاإرادية ، على ما يبدو، لدى الأطفال ذوي اضطرابات الحصر النفسي واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

بالنسبة لأغلبية الأطفال الذين يصابون بتقلصات لاإرادية إبان تناول المنبهات، فتتوقف التقلصات اللاإرادية عندهم لدى تخفيض الجرعة أو لدى وقف تناول الدواء . وتظل هناك نسبة من الأطفال يستمر لديهم اضطراب التقلصات اللاإرادية ، غير أنه يُعتقد وجود استعداد سبقي لدى هؤلاء الأطفال للإصابة باضطراب تقلصات لاإرادية والذي يكشف تناول المنبهات . وسيعاني حوالي ٢٥ ٪ من الأطفال المصابين مسبقًا باضطراب تقلصات لا إرادية من زيادة في شدة هذا الاضطراب لدى تناول عقار منبه . ويرجح أن تتضاءل التقلصات اللاإرادية لديهم أيضا لدى وقف العقار المنبه أو لدى تخفيض الجرعة .

تعتبر المنبهات فعالة في علاج أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المصابين باضطرابات التقلصات اللاإرادية . ولا يتوافر هناك دليل قوي واضح يُفضّل استعمال عقار منبه معين على عقار منبه آخر . من جانب آخر ، يفيد بعض العياديين ـ على نحو غير رسمي ـ بأن المنبهات طويلة المفعول تقل نسبة مضاعفتها للتقلصات اللاإرادية ، بينما وجد آخرون أن استعمال

الريتالين (Retalin) أقل خطورة من الديكستراأمفتمين (Dextraamphtamine) أو بيمولين المغنيسيوم (Magnesium Pemoline) . ولا يوجد هناك دليل يثبت أو ينفي فرضية أن الاستعمال المتواصل للمنبهات في حالة وجود اضطراب تقلصات لاإرادية سيزيد من شدة هذا الاضطراب على الدوام .

يقوم العديد من العياديين في البداية بتجريب عقار بديل لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى طفل مصاب باضطراب تقلصات لاإرادية ، من مثل مضادات ارتفاع ضغط الدم - غوانفسين (Guanfacine) ، وكلوندين (Clonidine) - ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة . ويظهر أن الكلوندين أقل فعّالية شيئًا ما في تقليل اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والتقلصات اللاإرادية مما كان يعتقد في البداية . وتتضمن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والتي تمت دراسة فعّاليتها ما يلي : نورتريبتلاين (Nortriptyline) ، وديسيبرامين (Desipramine) ، إذ تشير النتائج الأولية أيضا إلى احتمالية فعّالية مادة ديبرينيل (Deprenyl) وإلى انخفاض نسبة مضاعفتها للتقصات اللاإرادية. من جنب آخر ، تبين أن البيوبروبيون (Bupropion) يزيد ويفاقم من التقلصات اللاإرادية.

يستفيد العديد من الأطفال ذوي اضطرابات التقلصات اللاإرادية المتوسطة إلى الشديدة من الجمع بين عقاقير دوائية لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والتقلصات اللاإرادية . ويجب التفكير باستعمال عقار مثبط للتقلصات اللاإرادية (tic suppressant) في حالة مفاقمة جرعة العقار المنبه المطلوب لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - والذي يسبب خللاً وظيفيًا كبيرًا - للتقلصات اللاإرادية . فقد يقلل الكلونازيبام (Clonazepam) ، والغوانفسين ، والكلوندين ، ومثبطات إعادة امتصاص السيروتنين من التقلصات اللاإرادية ، غير أن أكثر مثبطات التقلصات اللاإرادية توثيقًا وشيوعًا هي المهدئات العقلية (Neuroleptics) : بيموزيد (Pimozide) ، وهالوبيردول (Haloperidol) . أما المهدئات العقلية الأكثر حداثة ، وهي ريسبردون (Risperidone) ، وأولانزابين

(Olanzapine) ، فاحتمالية تسبيبها للإعاقات الحركية أقل من غيرها ، كما أنها فعالة وفقًا للتقارير الأولية .

٢ ـ الاضطرابات التعليمية Learning Disorders

من الثابت أن المنبهات تحسن إنتاجية العمل داخل الصف . غير أن تأثيراتها على التعلم مازالت غير واضحة . فقد بحثت العديد من الدراسات على مدى السنين في فعّالية العقاقير المبنهة لمالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في ميدان التحصيل في القراءة . وعلى الرغم من استمرار الجدل في هذا الميدان ، يبدو أن هناك ارتباط بين تحسن النتائج وفقًا لمقاييس التحصيل في القراءة وتحسن السلوك . ويرجح أن يكون تحسن السلوك هو الذي سهل تحسن التحصيل في القراءة . ويدل ذلك على عدم وجوب اعتبار المنبهات هي التي تحسن التحصيل في القراءة في حالة غياب أعراض مصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وهناك مسألة أخرى ذات صلة بهذا الجانب ألا وهي تقرير هل المنبهات أكثر فعّالية في تحسين الأعراض المعرفية Cognitive Symptoms لدى تقليل الجرعة عما هو مطلوب لإحداث تحسّن في السلوك الفوضوي . فقد أشارت دراسة مبكرة مشهورة إلى هذه المسألة ، غير أن الدراسات اللاحقة أفادت بوجود تحسنات مماثلة في كل من التعلم والسلوك في حالة زيادة الجرعات .

فضلاً عن ذلك ، تمت دراسة استعمال عقار منبه للأطفال المصابين بالتخلف العقلي (Mental Retardation) واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ففيما يتصل بتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في حالة وجود تخلف عقلي ، تقتضي المعايير التي ينطوي عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية اشتراط وجود سمات تتعدى ما هو متوقع من العمر العقلي للطفل . غير أن هناك بعض الجدل فيما يتعلق بمسألة مدى ملاءمة تحليل بيانات مقياس التقدير لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على وجه التحديد

وفقًا للعمر العقلي للطفل أم عمره الزمني . من هنا ، قد يكون من الحكمة تأخير تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى أن يوضع الطفل في صف مناسب بحيث تتاح إمكانية إعادة تقييمه في بيئة تنطوي على توقعات طبيعية . إذ يتوجب على المدرس ذي الخبرة في مجال الأطفال المصابين بصعوبة معرفية أن يتمكن في هذا الموقع من تقديم معلومات مفيدة عن سلوك ذلك الطفل مقارنة مع أقرانه عن الخلل الوظيفي لديه .

يُظهر الطلبة المصابون بالإعاقة العقلية تحسنات لدى استعمال المنبهات في مدة الانتباه ومستوى النشاط والسلوك الفوضوي وإنتاجية العمل ، دون أن يمتد ذلك إلى سلوك التعلم أو السلوك الاجتماعي الإيجابي . وتوازي هذه النتائج تلك التي يظهرها الأطفال الطبيعيون من ناحية معرفية . وتشير الأبحاث ككل أنه في حالة الإعاقة العقلية البسيطة إلى المتوسطة فإن معدل الاستجابة الإيجابية يماثل ذلك الذي يتمتع به الأطفال ذوو القدرات المعرفية الطبيعية ، وكذلك فإن معدل الاستجابة الإيجابية يتضاءل مع تزايد شدة التخلف العقلية . من جانب آخر ، يعاني الأطفال المصابون بالإعاقة العقلية - وكذلك الأطفال المصابون باضطرابات تطورية شاملة - من نسبة أعلى من التأثيرات الجانبية ، بما في ذلك نسبة حدوث تقريبية تصل إلى ٢٠ ٪ من التقلصات اللاإرادية الطارئة . هذا وقد أظهر عقارا الكلونيدين والثيوريدزين (Thioridizine) تأثيرات إيجابية على فرط الحركة لدى الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية ، وقد يكونا بالتالي بديلين مفيدين .

٣ - الاضطرابات الداخلية Internalising Disorders

تشير معظم الدراسات المتعلقة بفعّالية المنبهات في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المصحوب باضطرابات داخلية (من مثل الحصر النفسي والكآبة) إلى احتمالية كون معدل الاستجابة الإيجابية لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أدنى نوعًا ما من حالة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غير المصحوبة باضطرابات أخرى . كما أنه قد يكون تكرار حدوث التأثيرات الجانبية أعلى في مثل هذه الحالة من الحالة غير المعقدة . ومن التأثيرات

الجانبية التي قد يشملها ذلك تزايد الحصر النفسي أو الأرق أو التقلصات اللاإرادية . ويحصل في بعض الأحيان أن يتحسن الحصر النفسي خصوصا إذا ارتبط بصعوبات مصاحبة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . (غير أنه في معظم الحالات لا يفضي الحصر النفسي المقتصر على المشكلات المصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى تشخيص اضطراب حصر نفسي) .

قد تجعل المنبهات الكآبة أكثر سوءًا في بعض الأحيان . وقد ينطبق ذلك إلى حد أكبر على عقار الديكسترا أفتمين أكثر من عقار الريتالين . من هنا ، قد يبدو الأطفال المصابون بضطراب كآبة أساسي منطويين إلى حد مفرط خلال فترة فعّالية المنبه ، وقد يميلون إلى البكاء بسهولة أو الشعور بالقلق المفرط ، أو التقلب في المزاج خلال فترة الارتكاس . وقد تتزايد انطوائيتهم وانفعاليتهم كلما طالت مدة تناولهم للمنبه . أما البدائل الدوائية للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الداخلية فتتضمن إضافة عقار مثبط لإعادة امتصاص السيرتونين إلى جانب المنبه ، أو استعمال بيوبريون أو مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة بدلاً من المنبه . وقد تكون مثبطات إعادة امتصاص السيرتونين وعقار البسبيرون (Buspirone) ناجحة في معالجة الحصر النفسي ، لكن لا ينبغي توقع تأثيرات مباشرة لها على أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد لا يكون من الواجب استعمال عقار الكلوندين مع الأطفال ذوي الاضطرابات الداخلية ، فقد يؤدي الكلوندين إلى إصابتهم بها أو إلى مفاقمتها .

وغالبًا تبدأ المرحلة الأولية من اضطراب الاكتئاب المسّي (Bipolar Disorder) بأعراض بارزة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يعاني هؤلاء الأطفال في الغالب من انفعالية ونوبات غضب مزمنة وشديدة ، ومن أعراض كآبة ، وأعراض مقاومة واضطراب سلوك ، وقليلاً ما يكون هناك تداور واضح بين الكآبة والمس . وقد تبدو فعّالية العقاقير الدوائية قصيرة المفعول فقط . من جانب آخر ، قد تزيد المنبهات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومثبطات إعادة امتصاص السيرتونين من الانفعالية وعدم الاستقرار. ويوصى هنا بإحالة الطفل

إلى اختصاصي طب نفسي للعمل على تثبيت الحالة النفسية باستعمال عقار كاربمازبين (Carbamazepine) ، أو فالرويت (Valproate) ، أو ليثيوم (Lithium).

٤ ـ الاضطرابات الخارجية Externalising Disoreders

تتضمن الاضطرابات الخارجية اضطراب المقاومة العدواني (Oppositional Defiant Disorder) ، واضطراب التصرف (السلوك) (Conduct disorder) وهناك ندرة في الأبحاث المتخصصة في دراسة تأثيرات المنبهات والأدوية الأخرى المستعملة في علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على اضطراب المقاومة العدواني . غير أنه في الدراسات التي استهدفت بعضاً من أعراض اضطراب المقاومة العدواني ـ من مثل العصيان ـ يبدو أن المنبهات والمثبطات ثلاثية الحلقة كانت ناجحة. إذ بحثت عدة دراسات في التأثيرات الدوائية لدى الأطفال ذوي اضطراب السلوك ، غير أن معظمها استهدف « العدوانية » ـ وهي أحد الأعراض الرئيسة وغير المحددة في الوقت ذاته لاضطراب السلوك . فضلاً عن ذلك ، هناك دراسات قليلة تميز بين الأشكال المختلفة للعدوانية ـ من مثل التفريق بين العدوانية الاندفاعية التي غالباً ما تميز اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، والعدوانية المتعمدة أو المؤذية ، والتي قد تميز نوعاً من اضطراب السلوك .

يكمن الاعتبار الأساس لدى اختيار علاج دوائي لطفل مصاب باضطراب المقاومة العدواني أو اضطراب السلوك في الاضطرابات المصاحبة . إذ يعاني معظمهم من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المصاحب ، ويعاني بعضهم أيضا من اضطرابات نفسية أخرى . وقد تكون معالجة الاضطراب المصاحب أمراً أساسياً لإحداث تحسن في أعراض الاضطراب الخارجي . أما الأدوية التي ثبتت فعّاليتها في اضطراب السلوك أو العدوانية ـ واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ المصاحب ـ ضمن الدراسات المضبوطة فتتضمن المنبهات

ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والمهدئات العقلية (وذلك على الرغم من اعتبارها عموماً خياراً أخيراً بسبب خطورة الإصابة بالتبلد المعرفي أو الإعاقات الحركية) . هذا وقد ثبت أن كربونات الليثيوم (Lithium Carbonate) أيضا أفضل من العقاقير الزائفة (Placebo) في معالجة العدوانية والثورانية (Explosiveness) ، غير أن معظم الدراسات قد أجريت على عينات ذات أمراض طبية نفسية إضافة إلى ـ أو بدلاً من ـ اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . أما الأدوية التي أثبتت الدلائل الأولية فعّاليتها في اضطراب السلوك أو العدوانية ضمن الدراسات المفتوحة أو تقارير الحالات فتتضمن البسبيرون (Buspirone)، والبيوبروبيون (Bubroprion) ، والكلوندين (Clonidine) ، والبروبرانولول (propranolol) أما نجاعة مضاد التشنج كاربمازبين (Carba-mazepine) فتظل موضع جدل ، مع وجود نتائج إيجابية وسلبية وفقًا لتقارير دراسات مختلفة .

٥ ـ اضطرابات الصرع Seizure Disorders

يتكرر تصاحب وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع تشنجات الصرع . فكلاهما شائع ، وكلاهما قد يرتبط بطبيعة مرضية أساسية مماثلة . وكذلك فإن الأدوية مضادة للصرع قد تسهم في إحداث أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إذ أن تهيج الجهاز العصبي المركزي CNS عبر عقاقير تزيد من النقل العصبي لمادة كاتيكولامين (Catecholamine) ، من مثل المنبهات ومضادات الاكتئاب ، يجب ـ من الناحية النظرية ـ أن يُخفّض من عتبة الصرع (Seizure Threshold) . ولا توجد هناك إلا دراسات قليلة للتحقق من مدى سلامة وفعّالية الأدوية المستعملة لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المصابين بالصرع . ويبدو أن عقار الريتالين فعال ولا يسبب نوبات صرع لدى الأطفال الذين تسيطر الأدوية مضادة للصرع لديهم على نوبات الصرع قبل الشروع في تناول العقار المنبه . من جانب آخر ، قد يزداد معدل

حدوث نوبات الصرع في حالة استعمال عقار الريتالين من قبل الأطفال الذين تستمر نوبات الصرع لديهم على الرغم من تناول عقار مضاد لتشنجات الصرع. ولا توجد هناك دراسات تبحث في هذا الجانب من معالجة الأعراض المشابهة لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والتي يعتقد بأنها تحدث جرّاء استعمال عقار ضروري مضاد للصرع ، وليس جراء اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. وقد يكون ذلك بسبب صعوبة التمييز التشخيصي بينهما .

تخفض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة من عتبة الصرع وتتفاعل دوائيًا مع عدة مضادات للتشنج . هذا وقد تسبب مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة اضطراب الصرع . وتوجد هناك علاقة مباشرة بين الجرعة الدوائية والاستجابة من قبل الطفل . ويعتقد أن مثبطات إعادة امتصاص السيروتنين ـ فلووكستين (Fluoxetine) ، وسيرترالين (Sertraline) ، وباروكستين (Paroxetine) ، وفلوفوكسمين (Fluvoxamine) ـ أقل إحداثًا لنوبات الصرع من مضادات الاكتئاب الأخرى . ومن المعروف أن عقار البيوبروبيون يسبب نوبات الصرع أكثر من غيره من العقاقير الأخرى المذكورة حتى الآن . ويبدو أن ذلك يحدث أساسًا في حالة تناول جرعات أكبر من مقدار الجرعات التي يناولها الأطفال على وجه العموم . وتدل الإحصاءات إلى حدوث نوبات الصرع لدى ٤ . ٪ من الراشدين الذين يتناولون البيوبروبيون ، بينما تبلغ النسبة ١ . ٪ من الراشدين الذين يتناولون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة .

وتمثل التفاعلات الدوائية اعتبارًا مهمًا في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ونوبات الصرع . وتحدث هناك تباينات في درجة الفعّالية بسبب آليات متنوعة ، بما في ذلك تخفيض عتبة الصرع ، أو تغير الامتصاص المعوي، أو التأثير في نشاط الإنزيمات الأيضية . بالنسبة للأدوية التي لا تتوافر لها مستويات دم واضحة ، من مثل المنبهات ومثبطات إعادة امتصاص السيروتنين، فتقتضي الضرورة وجود مراقبة عيادية حثيثة لتأثيرات استعمال عقار مضاد

للصرع وفقًا للخط القاعدي المتصل بفعّالية هذه العقاقير . وفي أغلب الأحيان ، تدعو الحاجة إلى زيادة جرعة المنبه أو مثبط إعادة امتصاص السيروتنين ، كإجراء ثانوي مرده إما تزايد الأيض الكبدي Hepatic Metabolism عقب إضافة العقار المضاد للصرع أو يكون مرده حدوث تفاقم في الأعراض .

٦ ـ أمراض الأوعية القلبية **Cardiovascular Disease**

يبدو أن للمنبهات ومثبطات إعادة امتصاص السيروتنين تأثيرات بسيطة نسبيًا على الأوعية القلبية ، بينما قد يكون لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ومضادات ارتفاع ضغط الدم تأثيرات أكبر على هذه الأوعية . أما بالنسبة للأطفال الأصحاء ، فقد يكون للمنبهات تأثيرات ثانوية نسبيًا تتمثل في زيادة سرعة ضربات القلب وضغط الدم . أما الأطفال الصغار الذين يعانون من ارتفاع كبير في ضغط الدم إبان تناول العقاقير ، فينبغي إجراء دراسات عليهم لاستقصاء مسببات ارتفاع ضغط الدم القابلة للعلاج ، حتى ولو انتهى ارتفاع ضغط الدم لدى وقف تناول المنبهات . وتعزى هذه الضرورة إلى احتمالية دلالة هذا الحدث على وجود عامل ضمني يسهم في تسببه ، من مثل داء الأوعية الكلوية (Renal Vascular Disease) . وقد يعكس ارتفاع ضغط الدم إبان تناول المنبهات لدى المراهقين وجود استعداد فطري خفي للإصابة بارتفاع ضغط الدم. وقد يؤدي الإفراط في تناول الكافيين (Caffeine) بصحبة عقار منبه ، إلى تزايد مفرط في ضغط الدم أو النبضات القلبية . وهناك عقاقير قد تُحدث ميلاً للإصابة بتزايد ضغط الدم ، من مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة : فإذا ما ترافقت المنبهات مع هذه العقاقير فإنها قد تسبب أيضا ارتفاع ضغط الدم . كما أن استعمال المنبهات برفقة مضادات ارتفاع ضغط الدم قد يخلق استعداداً للإصابة بعدم انتظام ضربات القلب (Ventricular Arrhythmia).

وهناك معلومات قليلة حول تأثيرات الأدوية على الأطفال المصابين بمرض قلبي معروف ، غير أن الدراسات المتعلقة باستعمال الريتالين من قبل راشدين

أكبر سنًا يشعرون بالكآبة عقب إصابتهم بالسكتة الدماغية (stroke) أو جراحة قلبية لهم ، فتشير إلى أن التغيرات القلبية لدى تناول الريتالين تعتبر بسيطة وأقل أهمية من تلك التي تحدث لدى تناول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة . أما بالنسبة للأطفال المصابين بمرض قلبي خلقي يجعلهم عرضة للإصابة بعدم انتظام ضربات القلب أو الذين لديهم تاريخ بالإصابة بحالات عدم انتظام ضربات القلب دون وجود مرض قلبي خلقي ، فقد تكون المنبهات خيارًا أسلم بالنسبة لهم من العقاقير المتاحة الأخرى. لكن ، تقتضي الضرورة وجود تنسيق شديد بين طبيب أمراض القلب المشرف على الطفل والمراقبة الحثيثة إما بواسطة جهاز هولتر للمراقبة (Holter Monitor) أو حتى إدخالهم إلى المستشفى من أجل الشروع في العلاج الدوائي إن دعت الحاجة لذلك . ويمكن القول نظريًا بأن الريتالين وبيمولين المغنيسيوم قد يكونا خيارين أسلم من الديكسترامفتمين وذلك بسبب تدني تأثيرهما على إفراز النوربابنفرين (Norepinephrine) ، غير أن ذلك لم تتم برهنته عياديًا .

تستطيع مادة الكلويندين المضادة لارتفاع ضغط الدم إحداث تدن في ضغط الدم (Hypotension) ، وبطء عمل القلب (Brady Cardia) ، وارتفاع ضغط الارتكاسي ، وتسارع خفقان القلب (Tachyarrhythmias) ، ويكون ذلك أساسًا في حالة تصاحب الكلويندين مع عقار منبه . وقد يكون البيوبروبيون خيارًا مناسبًا للأطفال المصابين بمرض قلبي ، وذلك على الرغم من ندرة الأبحاث نسبيًا المتعلقة بالتأثيرات القلبية لذلك بالنسبة لاستعمال عقاقير أخرى .

٧ ـ الربو Asthma

هناك عدد كبير من الأطفال مصابون بكل من الربو واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك على الرغم من عدم وجود علاقة محددة وواضحة بينهما . ويبدو أن العقاقير المنبهة تكون آمنة إلى حد بعيد في حالة الجمع بينهما وبين أدوية الربو ، مع أن بعضها يميل إلى زيادة سرعة نبضات القلب . من

جانب آخر ، تمت الإشارة إلى حدوث فرط حركة لدى تناول عقاقير محفزات بيتا (Beta- Agonists) أو ثيوفيلين (Theophylline) ، خصوصًا من قبل الأطفال الأصغر سنًا . ويحدث في بعض الأحيان تزايد في السلوك الانفعالي لدى الأطفال الذين يتناولون الريتالين والذين يشرعون في تناول مجموعة جرعات من الستيرويد (Steroid) عن طريق الفم .

ويُذكر أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة تزيد من التأثيرات الجانبية بنسبة ١٠ ٪ تقريبًا لدى الأطفال الذين يعالجون من الحصر النفسي أو الكآبة والذين يتناولون على الدوام عقاقير متعددة للربو . وتتضمن هذه التأثيرات الجانبية تزايد النشاط والاندفاعية ، والأرق ، وانخفاض ضغط الدم الموضعي ، وارتفاع ضغط الدم الانبساطي (Diastolic Hypertensior) ، وسرعة خفقان القلب ، وعدم اكتمال انكماش أذين القلب ، ونوبات صرع كبرى . ولم تتم دراسة البدائل الدوائية على نحو محدد لدى الأطفال الذين يتناولون أدوية للربو . غير أن نسبة قليلة من الأطفال المصابين بالربو يتأثرون بمادة التارترازين صفراء الصبغة (Yellow Dye Tartrazine) أو مكونات دوائية غير ناشطة أخرى . وينبغي تذكر ذلك في حالة حدوث تزايد في الأعراض التنفسية لدى البدء بتناول دواء جديد .

الخلاصة

يعتبر العلاج الدوائي أحد الدعامات الرئيسة لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . كما أن الأغلبية العظمى من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب تتم معالجتهم بفعّالية عن طريق المنبهات . وتعتبر المنبهات عمومًا أكثر فئات الأدوية فعّالية في علاج الأعراض الرئيسة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. كما توجد هناك بدائل دوائية تستعمل بدلاً من المنبهات أو معها . وهناك أيضا أفراد لا يستجيبون للعلاج بالمنبهات ، غير أنه في معظم الأحيان تقتضي الضرورة استعمال عقاقير ثانوية أخرى لمعالجة التأثيرات الجانبية المفرطة للمنبهات أو لمعالجة اضطرابات مصاحبة . هذا وتدعو الحاجة لمزيد من الأبحاث المتعلقة بالجوانب المتعددة لاستعمال أدوية بديلة مع الأطفال والمراهقين .

الفصل التاسع

الطرق البديلة لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

الفصل التاسع

الطرق البديلة لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يزخر الميدان بوجود طرق بديلة - غير مقننة - لمعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وكثيراً ما يتم الحديث عنها في وسائل الإعلام . وقد يعتبر اتجاه علاجي « غير مقنن » في حالة تبنيه وممارسته قبل إنجاز عدد كاف من تجارب الثبات والفعّالية له ، أو في حالة غياب أو غموض توثيق فعّاليته في الأدبيات الطبية المتعلقة بالأقران . ومن هذه المنطلقات ، لا تكون طريقة المعالجة هذه مقبولة على نحو واسع من قبل الأوساط الطبية . من جانب آخر ، كثيراً ما يكون للوالدين تساؤلات عن هذه الطرق البديلة في المعالجة يوجهونها للعياديين . من هنا ، ينبغي أن يكون العياديون على دراية كافية من أجل تقديم الإرشاد في هذا المجال .

يعرض هذا الفصل أكثر طرق المعالجة البديلة شيوعاً في مجال اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، بما في ذلك الأغذية التكميلية والمستحضرات العشبية ، وعقاقير المعالجة المثلية ، والحميات الخاصة ، و معالجة تأثير الخميرة، والتغذية الراجعة الحيوية المتعلقة بالتخطيط الكهربائي للدماغ ، والمعالجة الدهليزية ، ومعالجة النظر .

١ - الأغذية التكميلية Nutritional Supplements

أ - الفيتامينات والمواد المعدنية التكميلية

هناك فرضية مفادها أن بعض الأفراد يتضاعف احتياجهم عدة مرات عن المقدار الطبيعي من الفيتامينات والمواد المعدنية وذلك حتى يتمكنوا من تحقيق

أدائهم الوظيفي من الناحية الفسيولوجية والمعرفية . ويعزى ذلك إلى خلل وراثي أو أيضي مجهول ، وتماثل هذه الحالة حالة اضطراب صرع البريدوكسين (Pyridoxine - Responsive Seizures) . وتشكل هذه الفرضية الأساس الذي يقوم عليه اتجاه في التشخيص والمعالجة في هذا الميدان يدعى المعالجة العقلية التعويضية (Orthomolecular psychiatry) ، وهو مصطلح وضعه لينس بولنغ (Linus Pauling) في أواخر الستينات ، ويعتبر الفرد وفقًا للاتجاه التعويضي فريدًا من الناحية الحيوية ـ الكيماوية . من هنا ، فإن أشكالاً مختلفة من مواطن القصور النسبي في الفيتامينات والمواد المعدنية قد تسبب الأنماط المشتركة ذاتها من التأثيرات المعرفية أو السلوكية لدى مختلف الأفراد .

إن مضاعفة الحصة الغذائية المقررة عشر مرات تعتبر عادة « جرعة كبيرة جدًا » من الفيتامينات أو المواد المعدنية . غير أنه غالبًا ما تستخدم جرعات أكبر من ذلك بكثير . هذا وقد أجريت دراسات أولية على فعّالية الجرعات الكبيرة من الفيتامينات والمواد المعدنية لدى الراشدين المصابين بفصام الشخصية (Schizophrenia) ، غير أن الأكاديمية الأميركية للطب النفسي خلصت في النهاية إلى عدم اعتبارها طريقة فعالة لمعالجة الفصام . من جانب آخر ، دلت الدراسات التي أجريت على الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية والذين يعانون من مشكلات قراءة ومشكلات سلوكية على حدوث وتحسن في المخرجات لديهم ، غير أنه تم دحض هذه النتائج لدى استعمال طرق معالجة مشتركة لم تؤخذ بعين الاعتبار في المجموعات الضابطة .

أما في الدراسات التي أجريت على الأطفال المصابين بفرط الحركة ، فلم تكن هناك أية نتائج إيجابية ثابتة جراء استعمال جرعات كبيرة من الفيتامينات/ المواد المعدنية التكميلية ، حيث شملت التأثيرات الجانبية إمكانية تأثير امتصاص المغذيات الأخرى بذلك إضافة إلى إرتفاع نسبة الإنزيمات في الكبد . ففي إحدى الدراسات ، استعملت حمية غذائية تحتوي على نسبة عالية من البروتين

ونسبة متدنية من السكر . ولكن ذلك قد تم دون توظيف مجموعات ضابطة . بالتالي ، يمكن عزو التحسنات الملاحظة إلى الوجبة الغذائية المعدلة وليس إلى الأغذية التكميلية .

خلصت الأكاديمية الأميريكية لطب الأطفال في عام ١٩٧٦ إلى عدم وجود أساس لاستخدام جرعات مرتفعة من الفيتامينات والمواد المعدنية التكميلية لمعالجة اضطراب سلوك الأطفال . وهي بذلك تبنت القرار الذي اتخذته الأكاديمية الأميريكية للطب النفسي . ومنذ ذلك الوقت لم تتم هناك دراسات منظمة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بحيث تغير هذا الموقف . من هنا ، لا يمكن اعتبار هذا الاتجاه آمنًا بسبب احتمالية إحداثه اختلالات في إنزيمات الكبد ، وكذلك فإن الجرعات الكبيرة من فيتامينات ومواد معدنية معينة قد تؤثر في مستويات وظائف فيتامينات مواد معدنية أخرى . يضاف إلى ذلك أن الجرعات الكبيرة من الفيتامينات والمواد المعدنية القابلة للذوبان في الماء قد يكون لها تأثيرات جانبية كبيرة .

قد تكون هناك علاقة بين قصور الزنك (Zinc Deficiency) واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى فئة صغيرة من الأطفال . فقد اكتشفت مجموعات عدة من الباحثين مستويات متدنية من الزنك لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى مقارنتهم مع المجموعات الضابطة باستخدام مقاييس مصلية أو بولية . وتدعم دراسات عدة أجريت على الحيوانات أيضا وجود علاقة محتملة بين قصور الزنك ومواطن عجز الانتباه والسلوك . بسبب علاقة قصور الزنك مع عملية تأيض الحامض الدهني ، افترض بيكاروغلو (Bekarglu) ورفاقه احتمالية كون هذا القصور المسبب الأساس تدني مستويات الحامض الخالي من الدهون ، والذي وجد أيضا لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة (انظر القسم التالي) . من جانب آخر ، افترض آرنولد (Arnold) ورفاقه احتمال ارتباط قصور الزنك مع

ضعف مستوى الاستجابية المثلى للمنبهات . ويعود ذلك إلى وجود صلة إيجابية بين الخط القاعدي لمستويات الزنك ودرجة التغير خلال تجربة مزدوجة التعمية (Double - Blind) [أي لايعرف كل من مجربي التجربة ولا عيناتها ولا مجموعاتها الضابطة شيئًا عن محتوى الاختبار التجريبي] . قد استخدمت العقاقير الزائفة (Placebo) مع المجموعات الضابطة فيها ، وتضمنت التجربة استخدام المعالجة بالأمفتمين (Amphetamine) لأطفال ذكور في سن المدرسة مصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وهذه نتيجة تعتبر تمهيدية جداً وذلك بسبب قيود التجربة .

تدعم الدراسات دور قصور الحديد (Iron - Deficiency) - ولكن ليس لدرجة كافية للإصابة بفقر الدم (Anemia) - في تناقص التركيز والضبط النفسي لدى الأطفال . ويستطيع العيادي تقديم المساعدة والدعم للوالدين عبر توفير حمية غذائية كافية للأطفال ، بما في ذلك وجبة إفطار تحتوي على كل من البروتين والكاربوهيدرات ، مع وجبات تكميلية يومية متعددة الفيتامينات والمواد المعدنية . ويعود ذلك إلى كون العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لا يستهلكون ، في واقع الحال ، وجبة غذائية كافية . بالتالي ، ينبغي التفكير في التقصي عن قصور الحديد إضافة إلى فقر الدم لدى هؤلاء الأطفال . هذا وينبغي إجراء معالجة نشطة باستخدام مستويات تعويضية كافية من الحديد في حالة دلالة الدراسات المخبرية على وجود قصور حديد وحتى في حالة عدم وجود فقر دم . ويذكر أن أهمية القياس الروتيني لمستوى الزنك في مصل الدم غير واضحة . ويعود ذلك إلى عدم إجراء دراسات لصلته مع المقدار المأخوذ من الزنك ومدى تأثر ذلك مع الأغذية التكميلية لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

ب ـ الأحماض الدهنية الأساسية واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

تقسم الدهون الغذائية إلى ثلاث مجموعات تبعًا لمكوناتها الكيميائية :

مشبعة (Saturated) ، وأحادية غير مشبعة (Monounsaturated) ، ومتعددة غير مشبعة (Polyunsaturated) . وهناك فئة من الدهون المتعددة غير المشبعة تدعى الأحماض الدهنية الأساسية . وسميت بذلك لتعذر تركيبها داخل الجسم من خلال مواد أخرى . وهناك حمض دهني أساسي واحد ألا وهو حمض اللينولينك (زيت الكتان) ذو الذرات والجزيئات المتجاورة (cid،Cis - Linoleinc)، غير أن البعض يعتقد أن حمض لينولينك ـ ألفا (Alpha - Linolenic Acid) هو حمض أساسي أيضا . ويتم تركيب عدة أحماض دهنية مهمة أخرى من هذين الحمضين .

وتؤثر الأحماض الدهنية الأساسية على مجموعة واسعة من الوظائف الجسمية من خلال دوريها البنيويين الرئيسين . فهي مكونات مهمة لأغشية الخلايا ، فتؤثر بالتالي في السيولة (Fluidity) والنفاذية (Permeability) ، والنقل الكهربائي ، وهي أيضا مواد تشكيلية (Precursors) لتركيب البروستاغلاندينات (Prostaglandins) ، والتي تؤدي دوراً في الوظائف المتصلة بالأوعية الدموية وجهاز المناعة والجهاز المعدي ـ المعوي ، والجهاز العصبي المركزي . وتتضمن أعراض قصور الأحماض الدهنية الأساسية لدى الحيوانات والبشر جفاف الجلد والشعر ، والحكة الشديدة (Eczema) ، وظهور قشرة في الشعر (Dandrauff) ، وتقصف الأظافر ، والظمأ المفرط ، والتبول المفرط ، والربو، والإصابة بأمراض الحساسية ، والتغيرات المعرفية والانفعالية .

يمكن تقسيم الأحماض الدهنية الأساسية إلى مجموعتين :

١ ـ أميغا ـ ٣ (حمض اللينولينك ومشتقاته) .

٢ ـ أميغا ـ ٦ (حمض اللينوليك ومشتقاته) .

توجد أحماض أميغا ـ٦ في الجسم كله ، في حين تتركز أحماض أميغا ـ٣ كثيراً في الدماغ . هذا وقد كشفت فئات مختلفة من الباحثين عن وجود

مستويات متدنية من الأحماض الدهنية الأساسية لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مقارنة مع المجموعات الضابطة من الأطفال . فقد وجدت المستويات المتدنية هذه في مصل الدم لأحماض دهنية أساسية معينة - تشمل أميغا - ٣ وأميغا - ٦ - وفي درجات التركيز الكلية . من جانب آخر ، وجدت علاقة عكسية لمستويات الأحماض الدهنية الأساسية وللأعراض العيادية لقصور هذه الأحماض . وعلى وجه التحديد ، ارتبطت المعدلات المرتفعة من مشكلات السلوك والنوبات الانفعالية ، ومشكلات النوم مع تدني مستويات أحماض أميغا - ٣ . في حين ارتبطت المعدلات المرتفعة من إصابات الجهاز التنفسي واستعمال المضادات الحيوية مع تدني مستويات أحماض أميغا - ٦ . ولا يبدو أن التركيز المتدني للأحماض الدهنية الأساسية في مصل الدم لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة سببه تناقص المأخوذ الغذائي ، مع أن الحاجة تقتضي إجراء قياسات أكثر عمقًا قبل إمكانية الوصول إلى هذه النتيجة . وينبغي أيضا الكشف عن التفاوتات المحتملة في عمليات الامتصاص أو التركيب أو الأيض . أما بالنسبة للأحماض الدهنية في وضعيتها النسبية - دهون مهدرجة جزئيًا ودهون مشبعة - فإن بمقدورها أن تؤثر على وظيفة الأحماض الدهنية الأساسية ، بحيث قد تبرز في نهاية المطاف أهمية وجود توازن أمثل للأحماض الدهنية الأساسية وليس مجرد مقدار كاف منها .

وجد كولكوهون (Colquhoun) وبانديه (Bunday) تأثيرات إيجابية لعملية التكميل للأحماض الدهنية الأساسية لدى استعمال زيت زهرة الربيع (primrose oil) مساءً لعلاج أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ضمن دراسة غير مضبوطة . من ناحية أخرى ، لم تجد دراستان مضبوطتان لاحقتان أيّة تأثيرات إجمالية مهمة سوى بعض التأثيرات الإيجابية لبعض الفقرات المحددة التي يتضمنها مقياس التقدير . غير أن زيت زهرة الربيع يعتبر

في الأساس حمضاً تكميلياً تابعاً لمجموعة أميغا ـ ٦ ، في حين قد ترتبط اضطرابات السلوك على نحو أكثر مع قصور أحماض أميغا ـ ٣ من الأحماض الدهنية الأساسية . من هنا تبرز الحاجة لمزيد من الأبحاث في هذا الميدان قبل التوصية باستعمال مكونات تكميلية أو تعديلات غذائية . ويذكر أن السمك والزيوت النباتية تعتبر مصادر جيدة للأحماض الدهنية الأساسية الغذائية ، ويجب بالتالي تقديم مقادير كافية منها .

٢ ـ المعالجات العشبية Herbal Treatments

يعتبر مستخلص الجنكة (Ginkgo Biloba Extract) والبايكنوغينول (Pycnogenol) مشتقين نباتيين أوردت التقارير أنهما فعّالان في معالجة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يستخلص مستخلص الجنكة من ورق شجرة الجنكة ، والتي تحتوي على تركيز عال من الفلافينات (Flavonoids) ـ وهي مركبات نباتية ذات أوزان جزئية بسيطة لها مجموعة واسعة من التأثيرات الحيوية تبعاً لمقدرتها على تثبيط الإنزيمات المعنية في العديد من العمليات الجزئية الأيضية . حيث تتمتع فلافينات معينة ـ ضمن جرعات ملائمة ـ بتأثيرات مضادة للحساسية ومضادة للالتهاب ومضادة للإصابات الفيروسية ومضادة للمواد المسرطنة . هذا وقد تمت دراسة تركيبها الحيوي على نحو واسع ، وهي قيد الاستعمال في الطب الشرقي منذ العديد من السنين ، كما أنها تستخدم في مجال الطب الشعبي في العديد من الدول الأوروبية . وتستخلص الجنكولايدات (Ginkgolides) ـ وهي فئة خاصة من الفلافينات ذات الأهمية من ورق الجنكة ـ وتُصفى ويتم تركيزها ومعايرتها وفقاً لمستوى النشاط وذلك من أجل الحصول على مستخلص الجنكة . ويكون مستخلص الجنكة بمثابة مضاد للتأكسد ، ومزيل لمخلفات التأكسد الجزئية ، كما أنه مثير للدورة الدموية الصغيرة . ويبدو أن مستخلص الجنكة يعمل عن طريق تثبيت أغشية خلايا الدم الحمراء وتخفيض لزوجة الدم . وقد تكون له فعّاليته في العديد من أمراض الأوعية

الدموية وخصوصاً لدى الراشدين الأكبر سناً . وهناك بعض الاهتمام في استعماله لمعالجة الإصابة العقلية (Dementia) والإصابات الدماغية . وقد أوردت دراسة باللغة الفرنسية حصول تأثيرات إيجابية لمستخلص الجنكة على الأداء الوظيفي للدماغ لدى صغار الراشدين الأصحاء .

لا يوصي مصنعو مستخلص الجنكة باستعماله لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ولا توجد هناك في الواقع استطبابات مذكورة من أجل استعماله مع الأطفال ، فيما عدا الإصابة بالربو - فهو يستطيع منع الإنقباض الشعيبي (Bronchial constriction) . ولا تتوافر هناك دراسات مضبوطة لفعّالية مستخلص الجنكة لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو مدى سلامته ومفعوله الصيدلاني لدى الأطفال ؛ حيث تفتقر قواعد البيانات المتصلة بالأبحاث الطبية إلى هذه الدراسات . وحيث إن المسبب العصبي الحيوي المحدد لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مازال مجهولاً ، فليس من الواضح فيما إذا كان محفز الدورة الدموية الصغيرة طريقة معالجة معقولة .

يبدو أن مستخلص الجنكة آمناً بالنسبة للراشدين الأصحاء ضمن الجرعات الموصى بها عموماً . ويذكر أن تأثيراتها تراكمية ، مع حصول تحسنات ظاهرة ضمن ثلاثة إلى ستة أسابيع ، وعادة ما يوصى بالاستعمال طويل الأمد . هذا وتتضمن التأثيرات الجانبية التي أُبلغ عنها لدى الأفراد الذين يتناولون جرعات مفرطة ما يلي : الانفعالية ، والقلق ، والصداع ، والإسهال ، والغثيان ، والتقيؤ . ومع أنه يبدو حتى الآن أن مستخلص الجنكة آمن نسبياً ، إلا أن هناك أجزاءً من نبتة الجكنة سامة جداً ويتوجب عدم الخلط بينها .

ويتم الحديث عن فعّالية البايكنوغينول في معالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . والبايكنوغينول هو مركب فلافيني يستخلص من لحاء شجرة الصنوبر البحرية (Maritime pine Tree) وهي شجرة تنمو في جنوب فرنسا . أما الدراسات التي أجريت عليها فهي أقل جودة من تلك التي أجريت على نبتة

الجنكة ، من حيث استعمالاتها الطبية . من ناحية أخرى ، لم تتم دراستها على وجه التحديد ـ كما كان الحال بالنسبة لمستخلص الجنكة ـ من أجل تقرير مدى سلامتها للأطفال أو فعّاليتها على الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . هذا ويتكون البايكنوغينول من أكثر من أربعين فلافينًا منفصلاً تنقسم إلى فئتين : البروأنثوسيانيدات (Proanthocyanidins) والكاتيكينات (Catechins) . وتعتبر البروأنثوسيانيدات مواد قوية مضادة للتأكسد ومزيلة لمخلفات التأكسد الجزئية . أما الكاتيكينات فهي أيضا مواد مضادة للتأكسد ومثبتة للكولاجينات (Collagen Stabilisers) . ويذكر أن للبايكنوغينول مجموعة مثيرة من التأثيرات الإيجابية ، بما في ذلك حماية الجلد وتجديده ، والوقاية من أمراض القلب ، والتقليل من الالتهاب المصاحب لداء التهاب المفاصل (Arthritis)، والتقليل من أعراض إصابة الأوعية الدموية السطحية من مثل التهاب الوريد (Phlebitis) والاستسقاء (Edema) وتوسع الأوردة ـ الدوالي ـ (Varicose Veins). وفي مجال الوظائف العصبية ، يذكر أن البايكنوغينول يقي من السكتات الدماغية (Strokes) ، ومن إصابة شبكية العين جراء مرض السكري (Diabetic Retinopathy)، وكذلك أعراض داء باركنسون (Parkinson) وداء الزهيمر (Alzheimer) . كما أنه يحسن عمومًا من الأداء الوظيفي للدماغ وحدة البصر .

لا يبدو أن البايكنوغينول يحتوي على فلافينات معينة تسبب ردود فعل عكسية . حيث تبين دراسات السلامة التي أجريت على راشدين تناولوا جرعات منتظمة لفترات وصلت إلى ستة أشهر حصول ليونة في الغائط لدى هؤلاء الأفراد ، وهو التأثير الجانبي الوحيد كما تذكر هذه الدراسات . أما مشكلات السلامة الأساسية فتتمثل في الافتقار إلى إجراء دراسة على الأطفال، والافتقار إلى مجموعات ضابطة تتعلق بطريقة تركيب معين لمستحضرات مختلفة. حيث يذكر وجود تباين يصل إلى أربعة أضعاف بين المستحضرات المختلفة

للبايكنوغينول من ناحية أشكالها الحيوية المتاحة . من هنا ، لا يكون هناك انسجام بين التوصيات المتصلة بالجرعات . وتوجد هناك أيضا مستحضرات البايكنوغينول التي تحتوي أيضا على الجنكة وكاروتين بيتا (Beta Carotene) ، وفيتامين هـ (E) ، والزنك ، والسيلينوم (Selenium) ، والفلافينات الآخرى .

يعتبر مستخلص الجنكة والبايكنوغينول في الولايات المتحدة وبريطانيا أغذية تكميلية وليس أدوية . من هنا ، يمكن الحصول عليها في مراكز الأغذية الصحية ، ولا تخضع للرقابة الغذائية والدوائية . ومع أنه يبدو أن هذه المنتجات آمنة ، فإن الافتقار إلى الأبحاث المتصلة بالأطفال وباضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يجعل التوصية باستعمالها أمرًا لم يحن أوانه .

٣ ـ المعالجة المثلية Homeopathy

المعالجة المثلية هي برنامج علاج له جذوره في التاريخ القديم . وهو مبني على أفكار تختلف عن تلك الموجودة في الطب الحديث . ووفقًا لطريقة المعالجة المثلية ، فبمقدور مواد طبيعية مستمدة من مصادر نباتية وحيوانية ومعدنية والتي تسبب أشكالاً أو مجموعات محددة من الأعراض لدى تناولها بكميات كبيرة تثبيط الأعراض ذاتها فيما لو تم تناولها بكميات قليلة . وحيث إن المواد المختلفة تعالج ـ كلاً على حدة ـ أعراضًا متعددة وليست مفردة ، فقد يستطيع ممارس المعالجة المثلية علاج شخصين يعانيان من الاضطراب ذاته باستخدام مادتين مختلفتين تبعًا لأعراضهما المترابطة ؛ ممّا يفضي إلى حصول تحسن تدريجي غير أنه كبير ودائم في الأعراض على مدى فترات طويلة من الزمن ، وذلك بخلاف تأثيرات علاج الأعراض ـ وليس معالجتها ـ عبر العقاقير الدوائية المعيارية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

على الرغم من توافر معلومات ذاتية للوالدين ، ومن وجود بعض مواد المعالجة المثلية في مراكز بيع الأغذية الصحية ، يوصي ممارسو المعالجة المثلية بالعمل مع ممارس ذي خبرة لتحديد ماهية العلاج الواجب استخدامه أولاً ،

والمقدار الواجب تناوله . ولا توجد هناك دراسات منشورة تتعلق بسلامة أو فعّالية هذه الاتجاه بالنسبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، غير أن التقارير المتعلقة بفعّاليته يتم نشرها على نحو متنام في الصحافة غير المتخصصة .

٤ ـ الحميات الخاصة Elimination Diets

أ ـ حمية فينغولد The Feingold Diet

تخلو حمية فينغولد من الألوان الصناعية ، والنكهات ، والمواد الحافظة ، والساليسيلات (Salicylates) الطبيعية. فقد لاحظ بنجامين فينغولد (Benjamin Feingold) المختص بأمراض الحساسية ، حدوث تحسنات في الطبيعة النفسية والأعراض السلوكية والطبية والعقلية الأخرى لدى عدد من المرضى الراشدين المصابين بالربو ، والذين ظهرت عليهم أعراض أمراض تنفسية لدى التعرض للتارترازين (Tartrazine) والساليسيلات الكيميائية ، وذلك عند التزامهم بحمية خالية من الساليسيلات . وقد وسع فينغولد نطاق عمله ليشمل الأطفال وتبين له أيضا حدوث تحسنات لديهم لدى عزل هذه المواد . وتتضمن المواد المعزولة ـ إضافة إلى كل الألوان والنكهات الصناعية ـ المواد الحافظة ، وكذلك الفواكه والخضار التي تحتوي على ساليسيلات طبيعية (من مثل الخيار والطماطم والفلفل والعنب والبرتقال ، والشاي ، والقهوة ، ... إلخ) .

وقد لاحظ فينغولد تحسنات في مدة الانتباه ، ونفاذ الصبر والاندفاعية ، وفرط الحركة ، والعدوانية ، والمجازفة . هذا بالإضافة إلى اضطرابات القراءة والكتابة والرسم ، والتنسيق ، واضطرابات النظر من مثل الحول (Strabismus) والرأرأة (Nystagmus) . ويضاف إلى ذلك التقلصات اللاإرادية (Tics) والصرع، والتبول اللاإرادي (Enuresis) ، والتبول النهاري (Daytime Wetting)، والصداع ، وآلام المعدة ، والتهاب الأذن الوسطى (Otitis Media) ، والشرى

(Hives) ، والربو .

وتقوم فرضيته التي نشرها في كتابه المشهور « سبب فرط الحركة لدى طفلكم » (Why Your Child is Hyperactive) على ملاحظة عيادية شاملة وليس على أبحاث علمية . فبعد ملاحظته أن المواد المسببة للمشكلة ليست بروتينات ، لذا فإنها لا يمكن أن تحدث رد فعل اعتيادي مثير للحساسية ؛ افترض فينفولد احتمالية إما أن تكون هذه المواد تشكل تركيبات معقدة مع البروتينات حتى تحدث استجابة مثيرة للحساسية ، أو أنه بسبب كونها جزيئات صغيرة ، فإنها تعبر حاجز الدم والدماغ فتؤثر في وظيفة النقل العصبي على نحو مباشر أكثر . ومع مضي السنين ، تم استخدام مصطلح « حساسية » غذائية أو كيميائية للإشارة إلى الآلية غير الواضحة حتى الآن المتصلة بتلك الاستجابات السلوكية الواردة لدى فينغولد .

وقد تم إجراء عدد من الدراسات للتحقق من فرضية فينغولد . واستخدمت عدة طرق مختلفة ، ولكل منها حسناتها وسيئاتها . أما نوعي الدراسة الرئيسين فهما : تعريض العينات للحمية الحقيقية أو إلى حمية مزيفة (Placebo Diet) ؛ وإخضاع كل العينات للحد الأدنى من حمية فينغولد ، وبعد ذلك يتم تعريضهم إما لألوان أو مواد حافظة - أو دواء مزيف . هذا ولا تعتبر هذه الدراسات المعتمدة على « التعريض » اختبارات حقيقية لفعّالية حمية فينغولد ، فهي عادة تختبر مادة واحدة فقط .

قدمت الدراسات الأولية المفتوحة دعماً كبيراً لحمية فينغولد وأثارت كثيراً من الحماس نحوها ، غير أن الدراسات اللاحقة المضبوطة لم تقدم مثل ذلك التأييد . حيث إن النتائج الكلية للدراسات الجماعية التي قارنت الخط القاعدي أوالحمية المزيفة وحمية فينغولد التجريبية لم تبرز وجود مخرجات دالة إحصائياً . فمع أن الدراسات في معظم الحالات أظهرت وجود بعض النتائج الإيجابية ، لكن ذلك لم يكن ثابتاً . فقد ظهر التحسن في بعض الحالات وفقاً لمقياس التقدير

الذي أجراه الوالد ولم يحدث ذلك على مقياس تقدير المدرس . وكذلك ، فقد كانت النتائج تتباين تبعاً لترتيب التأثيرات الخارجية . مع ذلك تحققت في كل الدراسات تقريباً نتائج إيجابية ثابتة عند أقلية من الأطفال ، أي ما يقرب من ١٠٪ منهم . ففي إحدى الدراسات التي ضمت ستة وأربعين طفلاً ، حقق عشرة منهم ممن هم في مرحلة قبل سن المدرسة استجابة إيجابية للحمية وفقًا للدراسة التي أجريت عليهم .

إضافة إلى ذلك ، أظهرت الدراسات التي أجريت على حمية فينغولد الخاصة بوجود خط قاعدي نتائج مختلطة فيما يتصل باستجابات الأطفال إلى حميات ضابطة مزيفة مخفية تم تعريضهم لها . فبالنسبة للأطفال الذين أخضعوا لحمية فينغولد لمدة شهر واحد والذين اعتقد والدوهم بحسن استجابتهم، وجد كونرز (Conners) تراجعًا بسيطًا في الأداء الوظيفي وفقاً لتقديرات الوالدين . ولاحظ كونرز تعقب الأطفال لكعكة عرضوا لها وكانت تحتوي ألوانًا صناعية ضمن تركيز كان يعتقد أن يشكل ٩٠٪ من التناول اليومي للأطفال ، ولم يحصل ذلك في حالة تعريضهم لكعكة مزيفة . غير أن محاولات تكرار هذه النتائج لدى مجموعة أقل تقييداً لا تظهر النتائج ذاتها . بالمقابل ، استخدم وليامز (Williams) ورفاقه اتجاهًا مشابهًا ولكن بتركيز أقل للألوان الصناعية وبعقد مقارنة مع استعمال عقار دوائي . وقد استجاب ما بين ١٠٪ إلى ٣٥ ٪ من الأطفال للحمية ، تبعًا للمعايير المستخدمة ؛ غير أن العقار الدوائي كانت فعّاليته أكثر ثباتًا . من جانب آخر ، استخدم روو (Rowe) ورفيقه حمية ذات خط قاعدي خالية من الألوان فقط . ووجدت هذه الدراسة استجابة إيجابية تبعًا لمقدار الجرعة لدى ٥٠ ٪ منهم وذلك لدى تعريض العينات لمادة التارترازين صفراء الصبغة (Yellow Dye Tartrazine) ، دون أن يحصل الشيء نفسه في حالة استخدام مادة مزيفة (Placebo) . غير أنه حدث هناك تزايد في الانفعالية والقلق والأرق لدى هؤلاء الأطفال .

ليس من السهل الالتزام بحمية فينغولد ، فهي تتطلب تقيداً كبيراً بالوقت والدافعية ، إضافة إلى توافر مهارة البحث من جانب الوالدين . وهي تحد من مقدرة الأسرة على تناول الطعام في المطاعم ، وتمنع الطفل من تناول الأشياء ذاتها التي يناولها أقرانه في اللقاءات الاجتماعية . وهي لا تعتبر بالضرورة غير كافيه غذائياً ، وهذا انتقاد شائع لها . فعندما يلتزم أحدهم بأي نوع من هذه الحميات الخاصة ، يبرز خطر التعرض لقصور غذائي ، خصوصاً لدى تناول الطفل لمجموعة محددة من الأطعمة أو عند عدم رغبته في تجريب أطعمة جديدة، تعوض عن تلك التي تم استبعادها .

لا تدعم الشواهد الكلية وجود فعّالية مثيرة لحمية فينغولد لدى أعداد كبيرة من الأطفال الذين خضعوا للدراسة . ومع ذلك ، تدل المراجع الدقيقة للأبحاث الأصلية على مايلي :

١ ـ اكتنفت بعض الدراسات هفوات منهجية تكون أسهمت في النتائج السلبية .

٢ ـ قد تكون الكآبة والانفعالية ومشكلات النوم والمواظبة المفرطة أعراضاً مستهدفة مهمة لم يتم تقييمها عموماً .

٣ ـ كانت استجابة نسبة قليلة من الأطفال واضحة .

وبسبب وجود العديد من التشابهات بين حمية فينغولد وحمية حساسية الطعام الخاصة ـ والتي ستبحث تالياً ـ فسيتحدث القسم الذي يليه عن كيفية إرشاد العيادي للوالدين فيما يخص الحميات الخاصة .

ب ـ حساسيات الطعام Food Allergies

مازال دور حساسيات الطعام في الخلل الوظيفي في السلوك مدار بحث منذ عدة عقود . إذ كانت متلازمة الإجهاد والتوتر التحسّسي (Allergic - Tension Fatigue Syndrome) تتسم بالإجهاد وفتور الهمة ، والاحتقان الأنفي ، ووجود دوائر قاتمة تحت العينين ، ووجود أعراض عقلية / انفعالية . وكان يعتقد أن

أكثر المسببات شيوعاً لذلك هو الحليب . وكانت الأعراض العقلية / الانفعالية تتضمن سرعة الغضب ، والقلق ، والحصر النفسي ، وضعف التركيز ، وسيلان الدموع ، والاستحواذية ، والنزعة نحو المقاومة . وفي بعض الأحيان تظهر هنا أمارات الذهان .

قامت دوريس راب (Doris Rapp) في عام ١٩٩١م بشرح خبراتها العيادية في تقييم وعلاج حساسيات الأطفال من حيث علاقتها مع مجموعة من الاضطرابات السلوكية والطبية . فقد وضعت فرضية مفادها أن بعض حساسيات الطعام تسببها آلية مختلفة متصلة بجهاز المناعة في الجسم ، وليس ردود فعل متصلة بالهيستامين (Histamine) الذي يُحدث بطبيعة الحال أعراضاً على الجلد والأغشية المخاطية والجهاز التنفسي . وبمقدور هذه الاستجابة المتصلة بجهاز المناعة إحداث مجموعة من الأعراض السلوكية والطبية . هذا وقد استخدمت طريقة اختبار تضمنت وضع مستخلصات من المادة المثيرة للحساسية (Allergen) تحت اللسان ، وقامت بقياس الاستجابات الجسمية والسلوكية . وقد تبين أن أكثر الأطعمة المسببة للاستجابات السلوكية العكسية كانت في الغالب هي ذاتها المسببة لحساسيات الأطعمة الاعتيادية ، بما فيها الحليب والقمح والذرة والبيض وفول الصويا والفستق ، وكذلك أيضا الشكولاته وسكر القصب والمواد المضافة للطعام . ولم يحدث هناك خلاف بين اختصاصيي الحساسية فيما يتعلق بالجزء الأول من الفرضية . إذ قد تتسبب أعراض الحساسية المعدية - المعوية من الأطعمة التي لا تؤدي إلى مشكلة التنفس الصفيري (Wheezing) والشرى (Hives) . . . إلخ لدى الفرد ذاته . وكذلك فقد لا يكشف اختبار الحساسية المعياري عن وجود مادة معدية - معوية مثيرة للحساسية . من جانب آخر ، نشأ الخلاف حول عدد الأطفال المعنيين بذلك، وحول العلاقة بين استجابة جهاز المناعة والسلوك ، وحول الطريقة التي استخدمتها راب للتحقق من المواد المثيرة للحساسية . فقد أفادت ، كما كان

الحال بالنسبة لفينغولد ، باحتمالية وجود ردود فعل مباشرة أو متأخرة لدى الأطفال ، والتي قد يستغرق تقرير وجودها مدة أقصاها ثلاثة أيام . أخيراً ، أفادت راب أنه يبدو أن الأطفال يطورون شغفاً بتناول الأطعمة التي كانت نتائج اختبارها إيجابية ، مما يوجد مجموعة أكثر انتقائية في تناول الأطعمة وأكثر شدة في السلوك والمشكلات الصحية .

كشفت العديد من الدراسات على مدى السنين علاقة بين الأعراض المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وحالات المغص (Colic) ، والحساسيات، والربو ، والاحتقان (Congestion) ، والإصابات المكرورة ، وخصوصاً التهاب الأذن الوسطى . ووجدت صلة كذلك بين التناول الانتقائي للأطعمة - أي تناول عدد محدود من الأغذية - واضطرابات السلوك الخارجية . ففي دراسة للعلاقة بين الحساسيات والسلوك ، كانت الحساسيات المعدية - المعوية أكثر ارتباطاً بالأعراض السلوكية من الحساسيات المتصلة بالمشكلات التنفسية . وقد استخدم ترايفونس (Tryphonas) وترايتس (Trites) طريقة اختبار حساسية مقبولة - تسمى اختبار راست (RAST Test) - فوجدا معدلات مرتفعة وصلت ما بين ٤٠ ٪ - ٧٠ ٪ من حساسيات الطعام بين الأطفال المصابين بفرط الحركة أو الصعوبات التعلمية أو الاضطرابات الانفعالية . وكانت هناك علاقة مباشرة بين تقديرات الوالدين لفرط الحركة وعدد الحساسيات . وتشير هذه التقارير إلى ضرورة الدراسات التي تستهدف تقييم طبيعة هذه العلاقة .

ومجمل القول أن الدراسات التي درست فرضية فينغولد ودور الأطعمة المسببة للحساسية تشير إلى وجود نسبة قليلة ، لكنها مهمة ، من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تظهر تحسناً سلوكياً بسيطاً لدى التزامهم بحميات تستبعد الألوان والمواد الحافظة والأغذية المسببة للحساسية . ونخص بالذكر هنا أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وأولئك الذين

يعانون من مشكلات في النوم أو من أعراض حساسية طبيعية . ويذكر أن معظم الأطفال يستجيبون للأطعمة المتعددة أو الإضافات المتعددة للأطعمة ، غير أن الألوان والمواد الحافظة تعتبر على الدوام أكثر الأشياء ضررًا . أما بالنسبة للأطفال ممن هم في مرحلة ما قبل المدرسة ، وخصوصاً أولئك الذين يظهرون أعراض حساسية ، والذين يعانون من مشكلات نوم أو مشكلات أخرى، والذين يتناولون مجموعة كافية من الأطعمة ، فقد يعتبرون عينات مناسبة لإجراء تجربة حول حمية خاصة . ويعود ذلك إلى احتمالية كونهم أكثر استجابية من غيرهم ، وكذلك بسبب تمكن والديهم من السيطرة على نحو أكثر عن حمياتهم .

قد يستطيع العيادي مساعدة الوالدين عن طريق إعداد نظام مراقبة منزلي ومدرسي لقياس الفعّالية ، من مثل ذلك المستخدم خلال عملية التجريب الدوائي، وذلك لتقييم التأثيرات بأقصى موضوعية ممكنة . فضلاً عن ذلك ، ستدعو الحاجة إلى وضع استراتيجيات للحد من تأثير التزام الطفل بحمية مختلفة أو مقيدة ، وذلك في حالة ثبوت فعّاليتها . من ناحية أخرى ، بإمكان العديد من جماعات الدعم للأسري التي تقوم بالتعديلات المقررة لتنفيذ الحمية تقديم الإرشاد في هذا المجال . وكما كان الحال في المعالجة الدوائية ، ينبغي أن يساعد العيادي الأسر في وضع خطة للتقييم الدوري للفعّالية . وسوف تحتاج الأسر التي تقوم باستبعاد مجموعة واسعة من الأطعمة إلى نصائح غذائية . وكذلك الحال بالنسبة للأطفال الانتقائيين في تناولهم للأطعمة والذين لا تتاح لهم مجموعة واسعة من البدائل الغذائية . فأي طفل لايشرب الحليب يتطلب تعويضا، فمعظم الفيتامينات والمواد المعدنية التكميلية اليومية لا تحتوي على كمية كافية منه . أخيرًا ، قد يضطر العيادي إلى مساعدة الأسر للجمع بين التدخلات التقليدية وغير التقليدية ؛ حيث إن الاستجابة الإيجابية لا تعني بالضرورة حصول استجابة كاملة .

٥ ـ السكر والمحليات الأخرى Suger and Other Sweeteners

غالبًا ما يفيد الوالدان بأن طفلهم قد اشتدت حالته بعد تناوله للسكر . وقد تم الافتراض بأن كمية السكر نفسها وحالة نقص السكر (Hypoglycemia) الناتجة بسبب ذلك تسبب سلوكات غير مرغوبة . هذا وقد تم إجراء ثلاثة أنواع من الدراسات لبحث تأثيرات السكر على السلوك : ففي النوع الأول ، تم الربط بين كمية السكر في الحمية والسلوك . أما في النوع الثاني فتم الالتزام بحمية ذات مقدار متدن أو مرتفع من السكر لفترة من الوقت ، بحيث تمت مقارنة السلوك عبر وجبات الحمية . أما في النوع الثالث ، تم استخدام السكر أو مادة أخرى محلية كاختبار خلال حمية ذات خط قاعدي .

تكمن حسنة الاتجاه الأول في كونه طبيعيًا ، غير أنه يستطيع تحديد العلاقة فقط دون القدرة على الخروج بنتائج متصلة بالمسبب . أما ميزة النوع الثاني فتكمن أيضا في كونه طبيعيًا ، وقد يتيح الوصول إلى نتائج عن المسبب اعتمادًا على مدى السيطرة على المتغيرات الأخرى ذات الصلة . بالنسبة للنوع الثالث فتكمن حسنته في إمكانية الكشف عن العامل المسبب في أي تغير سلوكي لاحق ، وذلك على افتراض سلامة الدراسة من الناحية الأسلوبية . أما سيئته فهي أن الأطفال لا يناولون عادة الكميات ذاتها التي تعرضوا لها في الاختبار . من هنا ، ينبغي اختيار حمية معينة ذات خط قاعدي ، والتي قد تكون مختلفة إلى حد بعيد عن حمية الطفل الاعتيادية ، بحيث يتم اختيار الجرعة المناسبة للاختبار لغاية التجريب . علاوة على ذلك ، غالبًا ما تكون الجرعة المزيفة (Placebo) في دراسات المقارنة والدراسات الاختبارية مادة صناعية محلية ، والتي يعتقد أنها تغير السلوك لدى بعض الأطفال . من جانب آخر ، قامت بعض الدراسات بدراسة تأثيرات السكر على الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . بينما بحثت دراسات أخرى في السلوكات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال من غير ذوي الاضطرابات السلوكية . وكان في الغالب يتم دراسة الانتباه وفرط الحركة والعدوانية وذلك

باستخدام إجراءات مختلفة وعديدة .

أظهرت الدراسات المتصلة بالعلاقات المتبادلة أن الأطفال ذوي المأخوذ المرتفع من السكر يعانون من مشكلات أكثر في الانتباه والعدوانية كما ، أنهم يعانون أكثر من الاضطرابات العقلية . فقد ارتبط المأخوذ المرتفع من السكر ونتائج اختبارات التحمل غير الطبيعي للجلوكوز (Glucose) مع انحراف الأحداث والسلوكات المعادية للمجتمع . أما الدراسات الاختبارية اللاحقة فقد أظهرت نتائج مختلفة ، غير أنها إجمالاً لم تثبت وجود علاقة سببية للسكر في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

من ناحية أخرى ، أشارت بعض الدراسات إلى احتمالية أن يكون للسكر تأثيرات أكثر تعقيداً على السلوك ، من مجرد ارتفاع أو انخفاض في سكر الدم. وقد كشفت بعض الدراسات الأخرى التي أجريت على الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن تغيير في استجابات الإفراز العصبي الهرموني (Neuroendocrine) تبعاً للتعرض للسكريات . وتدعو الحاجة إلى شرح دور التفاوتات في الإفراز العصبي الهرموني بين الأطفال الطبيعيين والأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ويمكن بعد ذلك تقييم العلاقة بين هذه التفاوتات والتأثيرات السلوكية للسكر على نحو أفضل .

ولا يوجد هناك من وجهة نظر العيادي دليل يجعله يقدم نصيحة فريدة لوالدي الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فيما يتصل بتناول السكر . غير أنه يمكن القول أنه يجب منع تناول كل الأطفال للأغذية المحتوية على نسب عالية من السكريات البسيطة أو المنتجات المحلية صناعياً وذلك للعديد من الأسباب . وعندما يبدي الوالدان قلقاً جراء ردود الفعل السلوكية السلبية الشديدة من قبل طفلهم نحو السكر ، فقد يرغب العيادي في التفكير في العمل مع الوالدين لـ :

١ - تحسين حمية الأسرة بأسرها عن طريق استبدال الكربوهيدرات المعقدة والفواكه بحلوى ووجبات خفيفة عالية التحلية .

٢ ـ تقييم دور المساهمات البيئية على السلوك الملاحظ .

٣ ـ معرفة ما يتم تناوله مع السكر والذي قد يسهم في حصول الاستجابة الملحوظة (من مثل الألوان والمواد الحافظة والكافيين) .

٤ ـ تقرير جدوى تناول البروتين قبل السكر أو بعده . وإذا ثبتت الجدوى ، فقد يكون من المفيد اللجوء إلى وجبات صغيرة ومتعددة بحيث تحتوي على خليط من البروتين والكاربوهيدرات .

٦ ـ دور الخميرة في مشكلات السلوك والصحة

Yeast in Behavior and Health Problems

تم الافتراض بأن حساسية الخميرة (Candida albicons) تسبب مجموعة واسعة من الأعراض الجسمية والعقلية لدى الراشدين والأطفال . وتتضمن هذه الأعراض ما يلي : الإجهاد أو الانفعالية ، والاضطرابات الهضمية ، والآلام العضلية ، والاضطرابات الحيضية (Menstrual Disorders) ، وأعراض الحساسية ، ونقص السكر ، والكآبة ، وفرط الحركة ، ومشكلات في مدة الانتباه ، ومشكلات تعلمية . والأمر ليس مقصوراً على هذه المشكلات فقط . فقد أشير إلى أن النمو الزائد للخميرة في الأجهزة المعدية ـ المعوية والبولية ـ التناسلية (Genitourinary) ، يحدث نتيجة لعدة عوامل مساهمة ، بما فيها استعمال المضادات الحيوية ، أو الحمية ذات النسبة المرتفعة من الكاربوهيدرات والسكر ،أو الاستعمال المفرط للسترويدات الدماغية ـ الكظرية (Corticosteroids) أو حبوب منع الحمل . ويفضي هذا النمو الزائد للخميرة إلى عرضين : فهو أولاً يمزق بطانة الجهاز المعدي ـ المعوي ، مما يؤدي إلى امتصاص البروتينات غير المهضومة جيداً ، مما يزيد من احتمالية نشوء حساسيات طعام . أما العرض الثاني فيتمثل في نشر السميات (Toxins) التي تثبط وظيفة جهاز المناعة ، مما يخلق سلسلة ضارة جداً من الحساسية الزائدة للميكروبات المعدية والمواد السامة الأخرى .

لا توجد هناك طرق موثوقة للتقييم المخبري لفرط نمو الخميرة . من هنا ، يعتمد التشخيص على السيرة العيادية، وتفيد بعض الاختبارات بإمكانية الكشف عن منتجات الخميرة الأيضية عن طريق التحليل اللوني (Chromatography) لمصل الدم . غير أنه ينبغي إنجاز الكثير من العمل قبل التمكن من التوصل إلى طرق صادقة للتمييز بين تأثيرات الخميرة العادية وتلك التي تعتبر نمواً زائداً للخميرة .

ويتوقف العلاج على استعادة الظروف المؤدية إلى توازن طبيعي للمواد داخل الأمعاء (القليل من الكاربوهيدرات أو مقدار من السكر والفيتامين ، والثوم ، وبعض البكتيريا المفيدة) ، وتقليل النمو الزائد للخميرة (مقدار متدن من السكر ، وأطعمة خالية من الخميرة والفطريات ، وعقار مضاد للفطريات من مثل نستاتين (Nystatin)) . إضافة إلى ذلك ، فإنه ينبغي أيضا عزل المهيجات (Irritants) الأخرى للجهاز المناعي (من مثل الأطعمة المسببة للحساسية ، والصبغات ، والمواد الحافظة ، والتعرض للمواد الكيميائية ، والمضادات الحيوية قدر الإمكان ، والعقاقير الأخرى) . هذا ويجب اعتبار التعديلات الغذائية وتلك المتعلقة بالتعريض لمواد معينة إجراءات دائمة ، بينما قد لا تدعو الحاجة لجعل استعمال النستاتين يدوم إلى الأبد ، وذلك على الرغم من الحاجة المحتملة للاستعمال المطول له .

هناك بعض الأبحاث التوثيقية للمبادئ الأساسية التي يقوم عليها هذا الاتجاه . مع ذلك ، لا تتوافر هناك دراسات متخصصة في هذا الاتجاه من ناحية توظيفية في تقييم أو علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا، تدعو الحاجة لإجراء أبحاث منظمة على الراشدين المصابين بهذا الاضطراب ، وذلك قبل أن نتمكن من التوصية بتبني اتجاه العلاج هذا بالنسبة للأطفال ، ولو حتى على أساس تجريبي . ويذكر أن الاستعمال المفرط للنستاتين قد يسبب تأثيرات جانبية بسيطة من مثل الإسهال . ويذكر أيضا أن بعض

الأفراد قد يصابون بالتوعك (Malaise) أو قد تزداد الأعراض سوءاً لديهم في مستهل العلاج كنتيجة ثانوية للاضمحلال السريع لمقادير كبيرة من الخميرة الذي يرافقه تزايد في إفراز السميّات .

٧ - التغذية الراجعة الحيوية المتصلة بالتخطيط الكهربائي للدماغ

EEG Biofeedback

جذب التدريب على التغذية الراجعة الحيوية المتعلقة بالتخطيط الكهربائي للدماغ اهتماماً واسعاً كاتجاه علاج لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ أن هناك ارتباطاً بين أشكال الأمواج الدماغية المختلفة الممثلة على جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ . والحالات العقلية المتمثلة في اليقظة أو الانتباه والنعاس وأحلام اليقظة على التوالي . فإذا تم تقديم تغذية راجعة عن شكل الموجه الدماغية التي تم توليدها على الجهاز ، فيمكن أن « يتعلم » الفرد كيفية زيادة مدة الوقت للحالة المرغوبة . حيث يتم خلال عملية المراقبة باستخدام جهاز التخطيط الكهربائي تحويل أشكال أمواج النشاط الدماغي عن طريق برنامج حاسوبي إلى إشارات مختلفة بصرية أو سمعية ، كي يستطيع الفرد الخاضع للعملية معرفة فيما إذا كان يولد شكل الموجة الدماغية المطلوب . ويمكن «تدريب» الأطفال باستخدام تغذية راجعة إيجابية على توليد أمواجاً دماغية «جيدة» لفترات زمنية أطول . ويذكر أن جول لوبار (Joel Lubar) هو الذي طور هذه الطريقة في العلاج في السبعينات . وهو أستاذ في علم النفس . فخلال عمله مع باحث آخر على توظيف هذه الطريقة لصالح الأطفال المصابين بالصرع ، لاحظ أن السلوك وكذلك نوبات الصرع طرأ عليهما تحسن في أغلب الأحيان .

تفيد القليل من الدراسات التي تمت حول هذه الطريقة في علاج الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن بحدوث تحسنات وفقاً

لمقاييس تقدير الوالد والمدرس ، ووفقًا لاختبارات الذكاء والتحصيل . غير أن أعداد الأطفال الذين أجريت عليهم الدراسات قليلة ، وليس هناك مجموعات ضابطة أو مقاييس ضابطة للتأثيرات المزيفة (Placebo effects) . وقد استخدمت التغذية الراجعة الحيوية لعلاج مجموعة من الاضطرابات . بالتالي ، هناك حاجة منطقية مسوغة لاستقصاء استخدامها في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنه من المبكر الآن اعتمادها كطريقة علاجية فعّالة ، فهي تستغرق وقتًا طويلاً ومرتفعة التكاليف . أما جلسات التدريب فتستغرق حوالي أربعين دقيقة ، بمعدل جلستين أو ثلاثة كل أسبوع ، ولعدة أشهر .

لم تتم الإفادة بوجود أي تأثيرات عكسية معينة . كذلك ، لم يذكر حصول تراجع في نتائج اختبارات الأطفال عقب العلاج . وتتبين لنا الحاجة إلى مزيد من الأبحاث لتحديد أي فئات الأطفال أو المراهقين - إن وجدت - المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تستجيب لهذا العلاج . ويذكر أن التدريب على التغذية الراجعة الحيوية المتصلة بالتخطيط الكهربائي للدماغ يترافق مع تقديم الإرشاد والتعليم ، وفي بعض الأحيان مع العلاج الدوائي : بالتالي ، مازال دورها المحدد في التحسن العيادي غير واضح ، فقد تمت الإفادة بحدوث تأثيرات إيجابية ثابتة لدى استخدام طريقة العلاج المشتركة والمتكاملة . واستمرت هذه التأثيرات بعد وقف العلاج ، غير أن الضرورة تقتضي توفر توثيق علمي لذلك .

٨ - الاختلال الوظيفي الدهليزي Vestibular Dysfunction

تم الافتراض في البداية بأن الاختلال الوظيفي الدهليزي هو أحد مسببات الصعوبات التعليمية - وخصوصاً في القراءة والكتابة - وكان ذلك في السبعينات. فقد قام هارولد ليفنسون (Harold Levinson) بدراسة الأبحاث السابقة حول دور الجهاز الدهليزي - الدماغي (Vestibular - Cerebellar System) في التحكم بحركة العين . حيث تضمنت ملاحظاته أن العديد من الأطفال ذوي الصعوبات

التعلمية والذين طلب منه تقييمهم كانوا يعانون من مشكلات في حركات العين ، والتوجيه المكاني ، والتنسيق ، والتوازن . لم تكن الدراسات الأولية لهذا الجانب واضحة النتائج والأساليب بحيث تعذرت عملية تبرير هذه النتائج للمخرجات . غير أن سلسلة لاحقة من الدراسات أفضت إلى نظرية أكثر تفصيلاً :

١ - يعاني الأطفال المصابين بالعمه القرائي (Dysmetric Dyslexia) من اضطراب دماغي دهليزي أساسي يؤدي إلى الرأرأة (Nystagmus) - والتي لا يمكن ملاحظتها عيادياً في كل مرة ، وكذلك الزيغ البصري (Ocular Dysmetria) .

٢ - يؤدي ذلك إلى خلل وظيفي في السيطرة على اتجاهات حركات العين ، وتركيز النظر ، والمتابعة التسلسلية .

٣ - يؤدي ذلك إلى تفويت الحروف وعكسها وخلطها . وكذلك الحال بالنسبة للكلمات والجمل . تتضمن الأعراض خلال القراءة عدم وضوح الرؤية أو ازدواجيتها . ورهاب الضوء (Photophobia) ، والتذبذب البصري (Oscillopsia) ، والدوار ، والغثيان ، والإجهاد ، والصداع .

٤ - تفضي مشكلة البصر - بسبب وجودها إبان عملية النمو - إلى عجز ثانوي في المعالجة الأساسية للذاكرة أو للوظيفة الإدراكية في حالة عدم وجود تعويض كاف عن ذلك .

وأفاد ليفنسون لاحقًا أن الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غالبًا ما تتماثل نتائجهم مع أولئك المصابين بصعوبات تعليمية . وأفاد أيضا أن حالات الرهاب (Phobias) واضطرابات الحصر النفسي الأخرى قد تتسبب من الخلل الوظيفي الدماغي - الدهليزي . وبناءً على الاعتقاد بأن هذا الخلل يشكل أساس حدوث الصعوبات التعليمية واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى فئة مهمة ، تمت التوصية بوصف خليط من العقاقير المضادة للدوار والدوخة ، من مثل ميكليزين (Meclizine) ومضادات الهيستامين

(Antihistamines) وذلك من أجل « تثبيت » الجهاز الدهليزي . وهي تستعمل برفقة أكثر المحفزات النفسية (Psychostimulants) شيوعًا ، بالتالي لا يتضح دور عقاقير في تثبيت الجهاز الدهليزي . ويذكر أن الأبحاث المتصلة بالفعّالية مازلت نادرة ولا توجد هناك دراسة للتأثيرات السلبية الكامنة لهذه الأخلاط الدوائية .

إن الافتقار إلى عدة معلومات يبقي هذه النظرية واتجاها العلاجي في المرحلة التجريبية . فوجود اختلالات بصرية ـ حركية متعلقة بالجهاز الدهليزي مازال موضع جدل . إضافة إلى ذلك ، حتى في حالة وجودها فإن دورها في تسبيب أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مجهول وموضع شك وفقًا للمعلومات المتوافرة عن العلاقات العصبية الحيوية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ثالثًا ، لم تتم الإفادة عن تأثيرات الميكليزين لوحده في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وأخيرًا ، لم تتم الإفادة بجدوى إضافية للجمع بين الميكليزين والأدوية المعيارية تفوق استعمال الأدوية المعيارية وحدها .

٩ ـ معالجة البصر Vision Therapy

يوصى بمعالجة الإبصار في بعض الأحيان للأطفال ذوي الصعوبات في القراءة . وإذ ترتبط صعوبات القراءة عادة مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فغالبًا ما يوصى بمعالجة نظر الأطفال ذوي الصعوبات في القراءة والمصابين في ذات الوقت باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتتضمن المعالجة البصرية العديد من طرق العلاج المحددة . فضلاً عن ذلك ، تختلف معايير اختيار عينات الدراسة وإجراءات التقييم ، وأشكال العلاج من مركز لآخر . وتعسر هذه العوامل على وجه الخصوص عملية الخروج بنتائج من هذه الأدبيات ، كما أنها تعسر أيضا على العيادي تقديم إرشاد للأسر عن هذا النوع من العلاج .

وإذا ما اعتمدنا التعريف الأكثر شمولاً لمعالجة البصر ، نجد أن هذا

المصطلح يشير إلى علاج مجموعة من المشكلات في مجالات ثلاث :

١ - حدة البصر - صحة العين ، ونمو العين ، وقوة انكسار الضوء فيها .

٢ - الكفاءة البصرية : التعقب والتركيز والتنسيق بين العينين .

٣ - المهارات البصرية الإدراكية الحركية : إدراك المدخلات البصرية وتمييزها . وتنظيمها وتحليلها .

وتستهدف المعالجة تصحيح المشكلات وفقًا للترتيب السابق . فالتركيز على كفاءة الوظيفة البصرية للعينين - وليس فقط على أقسام العين وحدتها - يعتبر سمة للمعالجة البصرية . ويعتبر التقويم البصري (Orthoptics) أحد جوانب معالجة البصر . وهو ينطوي على استعمال أدوات من مثل العدسات والمنشور (prisms) . أما مصطلح « التدريب البصري » (Visual Training) فيشير إلى برامج التمارين والنشاطات التي تعالج مواطن القصور في المهارة البصرية والجانب البصري - الإدراكي - الحركي للعين . ويمكن في بعض الأحيان استخدام مصطلح « المعالجة البصرية » للإشارة إلى محتوى « التدريب البصري » . أما التساؤلات الأساسية في هذا المجال فهي :

١ - هل بمقدور التدريب البصري تحسين الوظيفة البصرية في مواطن القصور المكتشفة ؟ .

٢ - هل يؤدي تحسن الوظيفة البصرية إلى تحسن القراءة ؟ .

أيدت العديد من الدراسات فكرة أن الطلبة ذوي المشكلات الأكاديمية المختلفة ترتفع نسبة معاناتهم من اختلالات بصرية مقارنة مع المجموعات الضابطة . وتتضمن هذه الاختلالات السيطرة على حركة العينين ، قصر النظر، وطول النظر ، ومواطن قصور في التقارب البصري والتكيف البصري ، والاندماج البصري ، إضافة إلى مواطن عجز في استراتيجيات البحث المنظمة ومهارات الإدراك البصري . هذا وتتراوح نسبة الاختلالات البصرية لدى

الأطفال ذوي الاضطرابات التعلمية بين ٢٠ ٪ ـ ٩٠ ٪ ، أو من حوالي ٢ ـ ١٠ أضعاف نسبتها لدى المجموعات الضابطة ، وذلك كما أوردتها الدراسات . وتدل الدراسات التي تستخدم التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي أن الأفراد المصابين بالعمه القرائي (Dyslexia) يعانون من اختلالات في عملية المعالجة البصرية السريعة والتي تتم في القنوات التحت دماغية (Subcortical Path-ways).

.تتراوح وجهات نظر اختصاصيي أمراض العيون واختصاصيي قياس النظر بين ثلاثة اتجاهات متباينة :

١ ـ تسبب مواطن قصور البصر اضطرابات القراءة .

٢ ـ قد تسبب مواطن قصور البصر أعراضاً غير مرغوبة خلال القراءة .

٣ ـ تتسبب اضطرابات القراءة أساساً من تغير في الإدراك الصوتي ـ الكلامي في الدماغ . كما أن لاضطرابات العيون تأثيراً بسيطاً جداً على هذه الحالة .

غير أنه من المعروف في الواقع أنه بإمكان المادة القرائية الشديدة الصعوبة إحداث حركات عين غير سوية لدى القراء العاديين ، مما يشير إلى أن الاختلالات في الأداء الوظيفي لحركة العين لدى الأطفال ذوي اضطرابات القراءة قد تكون ـ إلى حد ما ـ نتيجة لمشكلتهم في القراءة وليست مسببة لها .

وقد بحثت العديد من الدراسات في فعّالية معالجة البصر وتساوت تقريباً أعداد الدراسات التي خرجت بنتائج إيجابية مع تلك التي وصلت إلى نتائج سلبية . وهذا يدل على عدم الأخذ بعين الاعتبار بعض العوامل المهمة ضمن المخطط التجريبي لتلك الدراسات . وقد يتعلق هذا الخلل في المخطط التصميمي بعملية التوافق بين عينات الدراسة المختارين بعناية وطرق العلاج المقررة . ويمكن القول عموماً بأن فعّالية معالجة البصر في تحسين الإدراك البصري

والمقدرة القرائية غير موثقة تماماً . من ناحية أخرى ، يمكن القول بأن هناك بعض التأييد لتأثيرات معالجة البصر على الكفاءة البصرية لكلا العينين وعلى الأعراض التي قد يسببها القصور الوظيفي للنظر السليم . من هنا ، قد تكون معالجة البصر ناجعة لفئة من الأطفال الذين يعانون من الإجهاد ، والصداع ، والعشى البصري ، والتذبذب البصري ، وتفويت السطور . وحتى في هذه الفئة ، فمن المفيد الحصول على مزيد من المعلومات عن مؤشرات المخرجات الناجحة وغير الناجحة (من مثل السن ، والمتطلبات المعرفية ومتطلبات مهارة الانتباه ، والاختلالات البصرية المعينة) .

يتمثل أحد اتجاهات التقويم البصري المقترح للأفراد ذوي الإعاقات التعلمية في استخدام أيرلن (Irlen) أو العدسات الملونة . فوفقًا لخبرتها العيادية ، تحدثت أيرلن (Dr Irlen) عن « متلازمة حساسية النظر » Scotopic Sensitivity Syndrome حيث يتعطل الإدراك البصري بسبب عوامل تتعلق بالاستكشاف اللوني ، بما فيها مصدر الإضاءة ، وشدتها ، وطول الموجه، والتباين الضوئي . واعتقدت أيرلن بأن متلازمة حساسية النظر كانت شائعة بين الأفراد المصابين بالعمه القرائي . وعلى الرغم من توافر تقارير حالة تفيد بأن هذه الطريقة تحسن من الأعراض المزعجة خلال القراءة وذلك لدى استخدامها برفقة طرق أخرى لمعالجة البصر ، يظل الأساس العلمي لهذه الطريقة وفعّاليتها موضع تساؤل .

ينبغي إبلاغ الأسر بأنه ليس من المؤكد الاستفادة من معالجة حاسة البصر. وينبغي إبلاغهم أيضا بوجود قصور في التوحيد القياسي بين برنامج وآخر . فقد تكون طريقة معالجة مساندة ناجعة بالنسبة لبعض الأطفال الذين يعانون من الأعراض المذكورة آنفًا ، غير أنه ينبغي عليهم توخي الحذر من البرامج التي تقدم هذه الطريقة على أنها أكثر من وسيلة علاج للتخفيف من الأعراض التي قد تزيد من صعوباتهم القرائية . وبناءً على الإدراك بأن علاج

مشكلات القراءة عمل متعدد الاختصاصات ، فقد تقدم بعض البرامج خدمات إضافية من مثل التقييم النفستربوي والتعليم الخاص ، وحتى الاستشارات الغذائية . من هنا ، يجب أن يعرف الوالدان ماهية البرنامج الذي يدفعان تكاليفه ، ومدة العلاج المتوقعة ، وماهية وتلك التي ستمارس في البيت والعناصر التي ستمارس في العيادة ، وكيفية تقييم الفعّالية ، وماهية المخرجات المحتملة . أما في حالة تقديم خدمات إضافية ، فيجب التأكد من الحاجة لتلك الخدمات في تلك البيئة ، ومن مؤهلات الأفراد الذين يقدمونها . ويكون ذلك عن طريق تلقي النصيحة من طبيب الأطفال المعني وموظفي المدرسة .

الخلاصة

تم منذ السبعينات تطوير مجموعة مختلفة من طرق المعالجة غير المعيارية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تمت البرهنة على فعّالية بعضها - من مثل الحميات الخاصة - بالنسبة لبعض الأطفال وكان ذلك ضمن دراسات محكمة الأساليب . غير أنه من غير الواضح مسبقًا من هم هؤلاء الأطفال . وهناك طرق أخرى لم تحظ بدراسات كافية تثبت فعّاليتها . وتظل مشكلات السلامة طويلة الأمد أمراً مقلقًا في العديد منها . وكما هو الحال في طرق العلاج المعيارية ، تصعب دراسة فعّالية طريقة علاج بمفردها - والتي قد تكون مفيدة - في حالة الجمع بينها وبين طرق أخرى .

يتولى العياديون دوراً مهمًا يؤدونه مع الأسر التي تفكر في اللجوء إلى طرق معالجة بديلة . أولاً ، يستطيع العيادي تقديم إرشاد مسبق فيما يتصل بالتغذية المثلى والإحالة إلى اختصاصي تغذية عندما تحتاج الأسر إلى العون في تقديم حمية كافية . وهذا ينطبق على جميع الأطفال . وهناك أيضا بعض اختصاصيي السلوك ممن لهم أيضا خبرة في هذا المجال . قد يستطيعون المساعدة حينما يتعلق الموضوع بتقبل الحمية الصحية وليس عملية تقديمها . من ناحية أخرى ، بمقدور العياديين مساعدة الأسر لدى دراسة حسنات وسيئات طرق العلاج

البدينة ، وخصوصاً عوامل السلامة ، والمسائل التي قد تؤثر على مقدرة الأسر على تقديم طرق علاج إضافية مهمة (من مثل المسائل المالية) . أخيراً ، إذا ما ارتأت أسرة متابعة طريقة معالجة بديلة دون الانسحاب من المشاركة في الطريقة الحالية ، فيجب على العيادي أن يؤدي دوراً مهماً في مساعدة الأسرة على تقييم فعّاليتها بالطريقة ذاتها التي يؤديها أي شخص خلال العلاج الدوائي. هذا وينبغي جمع المعلومات من مصادر متعددة بما في ذلك الوالدين والمدرسين، والمقاييس الموضوعية للأداء ، إن أمكن . وللعيادي دور مهم في مساعدة الأسر في تجنب الوقوع فريسة للمعلومات الخاطئة عن الطرق المعيارية التي يقدمها بعض مؤيدي طرق المعالجة البديلة . ومن الواضح عدم وجود إجابة « سحرية » لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فيما بين الطرق التقليدية أو غير التقليدية.

الفصل العاشر

متابعة الرعاية وتنسيقها

الفصل العاشر

متابعة الرعاية وتنسيقها

يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة اضطراباً متواصلاً . وكأي اضطراب متواصل آخر ، تكون هنالك فترات تحدث فيها مشكلات حادة تحتاج تدخلاً مكثفاً . كما أن هنالك فترات أخرى تكون الوظيفة الرئيسة للعيادي خلالها مراقبة أعراض الطفل من أجل الكشف عن المشكلات البسيطة والتعامل معها قبل أن تتفاقم وتصبح مشكلات أكبر . وقد بحثت الفصول السابقة في الخيارات المتاحة لإدارة مجموعة من المشكلات الحادة وللمتابعة الطبية المطلوبة لمراقبة عقاقير دوائية معينة تستخدم لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. في هذا الفصل ستتم مناقشة دور العيادي في المراقبة المستمرة لأعراض عجز الانتباه وفرط الحركة وتنسيق الرعاية المقدمة للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . كثيراً ما يكون طبيب الرعاية الأولية مسؤولاً عن مراقبة وتنسيق الرعاية المقدمة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، غير أنه في بعض الحالات يكون المسؤول عنها اختصاصي الصحة العقلية ، أو الاختصاصي النفسي ، أو المرشد في المدرسة ، أو طبيب مساند .

عرضت الفصول السابقة من هذا الكتاب كثيراً من المعلومات التي يحتاجها العيادي للقيام بمراقبة فعّالة لطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. وبما أن العيادي هو الاختصاصي الذي يقوِّم بالمراقبة ، فينبغي أن يتحلى بمعرفة واسعة عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، إذ يتوجب عليه تقييم ميادين متعددة قد يؤثر فيها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على الأداء الوظيفي. كما يتوجب عليه أيضا تنفيذ تدخلات علاجية مناسبة أو توجيه الأسرة

لهذه الغاية . يضاف إلى ذلك وجوب عدم تقيّد العياديين بتدخلات علاجية تقع ضمن حقل تدريبهم فحسب ، إذ أنه في بعض الحالات تستوجب احتياجات الطفل أو أسرته تلقي الخدمة من اختصاصي في حقل آخر . فعلى سبيل المثال، ينبغي على الاختصاصي النفسي الذي يقوم بمراقبة طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أن يعرف معلومات كافية عن العلاج الدوائي ، وذلك لمعرفة أنسب وقت لإحالة الطفل لاختصاصي آخر كي يقرر الشروع في العلاج الدوائي أو تعديله . من ناحية أخرى ، ينبغي على الطبيب أن يعرف متى تبرز أهمية التفكير باحتمالية كون التدخلات التربوية أو السلوكية بديلاً أفضل من إجراء تعديلات في العلاج الدوائي .

يستهل هذا الفصل الحديث بمناقشة ميادين الأداء الوظيفي الواجب مراقبتها خلال زيارات المتابعة . وسيتم البحث في الأدوار المحتملة لمختلف الاختصاصيين في متابعة الرعاية للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وسيكون ذلك بمثابة دليل إرشادي للعياديين الذين ينسقون رعاية هؤلاء الأطفال .

أ ـ متابعة الرعاية Follow - up Care

تبدأ هذه المرحلة بعد أن يكون التقييم الأولي للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة قد حدد المشكلات القائمة في السلوك و/أو الأداء الأكاديمي في المدرسة ، وحدد مشكلات السلوك في المنزل، إضافة إلى الصعوبات التي يواجهونها مع الأقران . فقد يتطلب الطفل في البداية زيارات متكررة للتأكد من استجابته للتدخلات العلاجية . غير أنه مع بدء التحسن يتم تخفيض عدد زيارات المتابعة . وفي نهاية المطاف ، يكون بالمستطاع رؤية معظم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بمعدل مرة واحدة في كل ثلاثة إلى ستة شهور ، وذلك من أجل مراقبة مستوى التقدم في المشكلات المحددة ومن أجل الكشف عن مشكلات جديدة أو تقديم إرشاد مستقبلي فيما

يتعلق بميادين الصعوبة المحتملة . وعادة ما يتطلب ذلك الحصول على معلومات عن أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الظاهرة على الطفل ، وعن مشكلات سلوكية محددة أخرى لديه ، وعن أدائه الأكاديمي في المدرسة ، إضافة إلى أدائه الإجتماعي . فضلاً عن ذلك ، ينبغي أن يكون العيادي واعياً للتحديات الجديدة التي يرجح حدوثها في هذه الميادين مع تقدم هذا الطفل بالسن .

١ ـ مراقبة الأداء الوظيفي للطفل في المدرسة

يقدم الوالدان للعياديين انطباعهم عن كيفية أداء الطفل في المدرسة . وينبغي أن يُقيم العياديون المعلومات التي تشكل الأساس لهذا الانطباع . كما ينبغي عليهم أيضاً حث الوالدين على تبني اتجاه تجسيري Proactive Approach من أجل الحصول على معلومات من المدرسين . وقد يكون ذلك عن طرق سجل ملاحظات المدرسة ـ المنزل (انظر الفصل السادس)، أو اللقاءات المنتظمة ، أو أية أشكال ثابتة أخرى من التواصل بين الوالدين والمدرسين ، فذلك سيساعد على الكشف المبكر عن المشكلات . وينبغي أن يسهل ذلك تبني اتجاه تعاوني في إدارتها . أما الأهل الذين لا يبادرون بالتواصل مع المدرسين للحصول على معلومات من المدرسة ، فقد لا يتمكنون من إدراك الصعوبات الأكاديمية أو السلوكية إلا بعد تلقيهم إشعاراً عن تدني مستوى الطفل أو بعد حدوث مشكلة كبيرة في المدرسة. فإذا وصلت الأمور إلى هذه المرحلة ، فقد يتعسر التدخل العلاجي بسبب مواطن العجز المتراكمة في المهارات و/أو شعور الطفل والمدرس بالإحباط .

عندما يستشير الوالدان العيادي فيما يتصل بسلوك مقلق أو ضعف أداء في أحد الاختبارات ، ينبغي أن يقرر العيادي فيما إذا كان ذلك الحدث يعكس نمطاً يشير إلى تزايد المشكلات ، أو أنه استجابة منفردة لسلسلة من الأحداث البيئية غير المواتية . فعلى سبيل المثال ، قد تشير مشكلات السلوك في المدرسة

إلى تزايد في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وفي المقابل ، فقد تكون مرتبطة بضعف التوافق بين الطالب والمدرس ، أو بشكل من أشكال المضايقة والقاء المسؤولية عليه من قبل طلبة آخرين في الملعب . وعلى نحو مماثل، قد يخفق طفل في اختبار بسبب مشكلة مستمرة من أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو بسبب وجود مشكلة تعلمية مصاحبة خلقت لديه عجزًا في المهارات المطلوبة لمجاراة زملائه . وقد يخفق طفل في اختبار ما بسبب عدم استعداده له جرّاء ذهابه في رحلة أو انشغاله في اللعب ، أو وجود شيء آخر شتت ذهنه . وحتى يتمكّن العياديون من التمييز بين هذه الاحتمالات، فعادة ما تقتضي الضرورة أن يقوموا بأنفسهم بالحصول على بعض المعلومات من المدرسة مباشرة .

بالنسبة لعملية مراقبة أعراض عجز الانتباه وفرط الحركة في المدرسة ، فإن أفضل طريقة للقيام بها تكمن - في أغلب الأحيان - في جعل المدرسين ينجزون مقياس تقدير مختصر للسلوك بحيث يركز على أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تم استعراض مثل مقاييس التقدير هذه في الفصل الثاني ، من مثل « مقياس تقدير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة » و«مقياس تقدير كونرز للمدرسين » . فعندما يتم إنجاز مقاييس التقدير هذه على نحو منتظم ، فستتيح مقارنة كيفية أداء الطفل في الوقت الراهن مع كيفية أدائه في السابق . إضافة إلى ذلك ، في حالة وجود أكثر من مدرس للطفل ، فيستطيع كل واحد منهم إنجاز مقياس للتقدير . ويتيح ذلك للعيادي التمييز بين الطفل الذي يعاني من مشكلات في أحد الصفوف والطفل الذي يعاني من مشكلات في مواقع متعددة . أما الوسيلة الأخرى الممكنة لمراقبة انتباه الطفل ومستوى نشاطه واندفاعيته في إعداد بطاقة إشعار حديثة عن وضعه . وتتطلب بطاقات الإشعار المستعملة في المدارس الابتدائية ، في الغالب ، أن يقوم المدرسون بتقييم مدة الانتباه ومستوى النشاط . أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنًا ، فقد لا يتم تقييم

هذه الميادين على وجه التحديد .

إضافة إلى ذلك ، تتيح بطاقات الإشعار إجراء تقييم للأداء الأكاديمي للطفل. ومع ذلك ، قد لا تكون بطاقات الإشعار ذات فائدة في الكشف المبكر عن المشكلات الأكاديمية ؛ فهي تنجز مرتين أو ثلاث مرات في السنة فقط . من هنا، ينبغي أن يحث العياديون الوالدين على الحصول عن معلومات من مدرسين عن مستوى أداء طفلهم قبل القيام بالزيارات . أو أنهم قد يرغبون في الطلب إلى المدرسين أن يملؤوا « الاستبانة المختصرة للكشف عن الأداء الأكاديمي » قبل جعلهم ينجزون مقياس التقدير . وفي حالة كون أداء الطفل حسنًا وفقًا لبطاقات الإشعار أو استبانة الكشف المختصرة ، ولم يكن للوالدين هموم متعلقة بالأداء في المدرسة ؛ فلا تكون هناك حاجة لإجراء مزيد من التقييم للأداء الأكاديمي.

إذا ما وصل العيادي إلى قرار بوجود نمط من تزايد المشكلات في المدرسة، فيتوجب عليه تقرير فيما إذا كانت المشكلة مرتبطة بأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو بمشكلات تعلمية أو بمشكلات سلوكية أو انفعالية أو طبية أو نفساجتماعية أخرى . وإذا كان كل من الوالدين والمدرسين يبلغون عن تزايد في مشكلات الانتباه ومستوى النشاط في البيئات التربوية والاجتماعية، فمن المرجح إذن أن تسهم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في إضعاف مستوى الأداء . وعلى نحو مماثل ، إذا أفاد الوالدان أو المدرسون بأن الطفل يستطيع إنجاز العمل - أو الوظيفة البيتية - بمفرده في حالة قيامهم بمراقبة الطفل بعناية لجعله يلتزم بأداء المهمة ، غير أنه لا ينجز العمل في حالة عدم مراقبته ؛ فيغلب أن تكون هناك حاجة لإدارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على نحو أفضل . وفي المقابل ، إذا أفاد الوالدان أو المدرسون بأن الطفل يتطلب مساعدة متكررة في مجال التعليمات أو المفاهيم أو المهارات ؛ ففي الغالب أنه يعاني من وجود مشكلة تعلمية . وفي حالة وجود انسجام بين إفادات الوالدين والمدرسين فيما يتعلق بتفاقم أعراض اضطراب

عجز الانتباه وفرط الحركة ، فقد يقوم العيادي بتعديل التدخلات الطبية أو السلوكية وذلك حتى يصبح أكثر قدرة على إدارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويجب أن يتذكر العياديون بأن الاستجابة للتعديل في الخطة هي جزء من التقييم المستمر ، وأن الحاجة ستقتضي مجدداً التفكير في تفسيرات بديلة للتغير في الأعراض في حالة عدم تحسن الأداء .

في حالة عدم الانسجام بين إفادات الوالدين والمدرسين فيما يتعلق باعتبار تفاقم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هو المسبب للمشكلات ، فينبغي أن يقوم اختصاصي نفسي بإجراء تقييم للمهارات الأكاديمية . كذلك الحال أيضا في حالة عدم تحسن أداء الطفل الأكاديمي عقب إجراء تعديلات في خطة إدارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد يصعب الكشف عن الصعوبات التعلمية في بداية المرحلة الابتدائية في المدرسة ، لذلك قد تقتضي الحاجة إلى إعادة إجراء تقييم نفستربوي إذا كان الطفل صغير السن لدى إجراء التقييم الأولي أو إذا كانت قد مضت بضع سنوات على إجراء التقييم الأخير . وحيث إن العديد من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعانون من مشكلات تعلمية مصاحبة ، فيحتمل أن يكون كل من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومشكلات التعلم تسهم في إضعاف الأداء الأكاديمي للطفل . وسيحتاج العيادي أو العياديون المعنيون برعاية الطفل ووالدا الطفل في هذه الحالة للعمل معاً مع مدرس الطفل أو المربي الخاص أو اختصاصي النفس في المدرسة من أجل إجراء تدخلات سلوكية وتربوية ودوائية منسقة .

ويستفيد أيضا العيادي الذي يراقب الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من معرفته بالتغييرات في التوقعات المدرسية التي يغلب أن تصعب على الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فمع تقدم الطفل في كل صف ضمن المراحل الدراسية ، تتزايد متطلبات الانتباه . ومن المظاهر

الشائعة على المتطلبات المتزايدة زيادة طول الواجبات البيتية وتزايد الأعمال الكتابية . من هنا ، قد يكون لمختلف المدرسين توقعات متباينة والتي بدورها قد تخلق صعوبات للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة خلال أحد الأعوام الدراسية دون الآخر .

بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، يغلب أن تكون التنقلات من المدرسة الابتدائية إلى المتوسطة ، ومن المدرسة المتوسطة إلى الثانوية صعبة على وجه الخصوص . فخلال المرحلة الابتدائية ، يتوقع أن يكون الطلاب قد طوروا مهارات تنظيمية أساسية تتيح لهم تتبع الكتب والوظائف المقررة وذلك على الرغم من التغيير المتكرر للحصص الدراسية وضرورة استخدام خزانة لوضع المواد فيها . إذ تعسر هذه العوامل ـ إضافة إلى تزايد الأعباء الأكاديمية ـ عملية الانتقال إلى المدرسة المتوسطة بالنسبة للعديد من الأطفال ، ويرجح أن تسبب صعوبات بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على وجه الخصوص . علاوة على ذلك ، يغلب أن يعتبر مدرسو المرحلة الابتدائية في المدرسة تعليم المهارات التنظيمية ومهارات الدراسة أحد أهدافهم. من هنا ، فعادة ما يكونون راغبين في إجراء تعديلات أو المشاركة في التدخلات العلاجية من أجل تعليم هذه المهارات . هذا ويرجح أن يفترض مدرسو المرحلة المتوسطة أكثر من غيرهم من المدرسين ـ اكتساب الأطفال لهذه المهارات . من جانب آخر ، فقد يكونون أقل دراية من غيرهم بالتدخلات التي تستهدف المهارات التنظيمية أو الدراسية ، أو قد يكون لديهم وقت أقل يقضونه في المشاركة في مثل هذه التدخلات . بالتالي ، يصبح تنسيق التدخلات العلاجية بين مدرسين مختلفين أمراً أكثر صعوبة أيضاً . وقد لا يُعبّر الطلبة عن ضيقهم من كثرة الأعباء الدراسية ، إلا أن هذه المشكلات قد تؤدي إلى تجنب القيام بالعمل أو رفضه ، وإلى المقاومة ، والانفعالية ، والحصر النفسي ، والكآبة .

قد يخلق الانتقال إلى المدرسة العليا صعوبات مشابهة بالنسبة للمراهق المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ أنه يوجد هناك في العادة عدد أكبر من المدرسين معنيين بتعليم الطالب . وهناك أيضا توقعات أكبر متصلة بمهارات الدراسة الذاتية وعدد أكبر من الوظائف المقررة طويلة الأمد . من هنا، غالبًا ما يواجه المراهقون المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة صعوبات في التخطيط لهذه المشاريع . ويغلب أن يتطلبوا إشرافًا دقيقًا جداً من أجل إنجاز هذه المشاريع بنجاح ، وخصوصاً في الفترة الأولية . وغالبًا ما تتعقد عملية الإدارة بسبب رغبة المراهق بالاستقلالية عن والديه . وقد يفضي ذلك إلى نشوب نزاعات متعلقة بالحاجة للإشراف في المدرسة وعلى جوانب أخرى من حياة المراهق (انظر الفصل الثاني عشر) .

٢ ـ مراقبة الأداء الوظيفي للطفل ضمن الأسرة

يجدر تقرير كيفية الأداء الوظيفي للطفل ضمن الأسرة خلال زيارة المتابعة للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وينبغي الاستعلام عن المشكلات المطروقة في زيارات سابقة وذلك لتقرير فيما إذا كانت الصعوبات قد أزيلت وفيما إذا كان توظيف التدخلات العلاجية مستمراً . بالنسبة لموقف الوالدين من الطفل ومن أنواع المهمات والمسؤوليات التي يتولاها الطفل في البيت ، يتم استخلاص معلومات قيمة عن كيفية الأداء الوظيفي للأسرة . من ناحية أخرى ، سيكون من المهم أيضا تحديد الأوضاع أو المواقف الأسرية التي يحتمل أن تسبب ضغطًا على الطفل ، أو التي يحتمل أن تؤثر مباشرة على أعراض الطفل وعلى مقدار الوقت والجهد المتاح للوالدين لإدارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

يعتبر موقف الوالدين من الطفل مؤشراً رئيساً على مستوى العلاقة بين الوالد والطفل . فإذا كان الوالدان فخورين بإنجازات طفلهم ، وكان بمقدورهم

الحديث عن العديد من السمات الإيجابية لطفلهم ، وكانا يستطيعان تبني موقف داعم للطفل من حيث الصعوبات التي قد يعاني منها ؛ فمن المرجح جداً أن يكون الأداء الوظيفي للطفل والأسرة فعالاً جداً . بالتالي ، يجدر بالعياديين الاستعلام عن إنجازات الطفل وعن الأشياء الممتعة التي يؤديها الوالدان والأطفال معاً . وتتساوى أهمية هذا الأمر مع أهمية الاستعلام عن المشكلات التي يواجهها الطفل . فالعياديون الذين يستعلمون عن المشكلات فقط قد يسمعون عن صعوبات الوالدين وإحباطاتهم فحسب . لكن ، إذا استعلم العياديون عن الجوانب الإيجابية لعلاقة الوالد والطفل ، ولم يتحدث الوالدان إلا عن الصعوبات والإحباطات ، فيكون ذلك بمثابة مؤشر قوي على الحاجة لتدخل علاجي أكثر تركيزاً .

غالباً ما يكون من المفيد تقييم أنواع المهمات والمسؤوليات الموكلة للطفل في المنزل . إذ أن ذلك سيعطي العياديين انطباعاً عن توقعات الوالدين المتعلقة بالطفل ومقدرته على تلبية هذه التوقعات . ويدل التباين الكبير بين توقعات الوالدين ومستوى أداء الطفل على الحاجة لإجراء تدخل علاجي ، خصوصاً إذا أسفر ذلك عن نشوب نزاع في الأسرة . ومع تقدم الأطفال في السن ، يجدر بالوالدين والطفل مناقشة العلاقة بين إظهار المقدرة على اتخاذ قرارات مسؤولة في المنزل والمدرسة واكتساب امتيازات إضافية ينشدها الطفل . إذ كثيراً ما يحتاج الوالدان إلى منح امتيازات معينة أو نشاطات ممتعة وذلك تبعاً لإنجاز الطفل لمهمات أومسؤوليات محددة في البيت .

قد يكتشف العياديون وجود بعض الأسر التي تُفرط في مكافأة الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد يكون لدى الوالدين في مثل هذه الحالات توقعات متدنية بالنسبة الطفل ، أو قد يمنحان الطفل امتيازات أو نشاطات ممتعة بغض النظر عن السلوك الذي أنجزه . هذا وتشعر العديد من

الأسر بالارتباك عما يمكن توقعه من الطفل بسبب اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، بحيث يصبح الاضطراب ذريعة للإخفاق في تحقيق توقعات معينة . ويستطيع العيادي في مثل هذه الحالات المساعدة في توجيه الأسر نحو تطوير توقعات معقولة بالنسبة للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، يجب استيعاب أغراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة التي يعاني منها الطفل إبان قيام الوالدين والعيادي بتطوير توقعات يعتقدون أن بوسع الطفل إنجازها ، وما أن يتم الاتفاق على هذه التوقعات ، فلا ينبغي أن يكون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ذريعة للفشل في تلبية تلك التوقعات.

عندما تكون مشكلات السلوك موجودة في مرحلة المتابعة ، فيجب أن يأخذ العياديون بالحسبان العوامل المتعددة التي قد تسهم في المشكلة . إذ غالبًا ما ترتبط المشكلات مع أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو مع سلوكات المقاومة الشديدة التي قد تتصاحب مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في ٦٥ ٪ أو ما يزيد من الحالات . غير أنه يتوجب التفكير باحتمالات أخرى . فكما تم البحث سابقًا ، يصاب العديد من الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة باضطرابات داخلية مصاحبة من مثل الكآبة والحصر النفسي . فعندما تكون هناك صلة بين مشكلات السلوك وارتفاع مستوى الانفعالية أو الكآبة ، ينبغي تقييم الطفل للكشف عن أمارات أخرى للكآبة (انظر الفصلين الثاني والثالث). وقد يظهر الحصر النفسي على شكل عجز القدرة عن إنجاز مهمات بسبب النزعة نحو الكمال المتعلق بأداء جوانب معينة من المهمة . أما الاضطرابات العقلية الأخرى من مثل المس (Mania) ، واضطراب الهواجس القسرية (Obsessive - Compulsive Disorder) ، فقد يصعب تمييزها عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة خلال التقييم الأولي . من هنا، ينبغي أن يكون العيادي منفتحًا لاحتمالية تغيير عملية مراقبة أعراض الطفل وانطباعه عن المشكلة الأساسية مع مرور الوقت . فقد تبرز مستويات متقدمة

ن الكآبة مشيرة إلى وجود اضطراب مزدوج ، وقد تقتضي الضرورة إقامة علاقة ثقة متبادلة حتى تتأتى رغبة الطفل في الكشف عن تجارب مهمة مر بها ى عما يعتبره أعراضاً غير عادية من مثل الأفكار الاستحواذية أو السلوكات لقسرية .

يُقيم الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ضمن أسرة تتوافر فيها تفاعلات متبادلة بين الأداء الوظيفي للطفل والأداء الوظيفي لأعضاء لأسرة الآخرين . وحيث إن الأداء الوظيفي لأعضاء الأسرة الآخرين يؤثر على لأداء الوظيفي للطفل ، فمن الملح قيام العيادي الذي يقدم الرعاية للطفل استقصاء الأداء الوظيفي لأعضاء الأسرة الآخرين . فمن الثابت أن والدي إخوان الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أكثر عرضة لإصابة ليس فقط باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وإنما أيضا ضطرابات أخرى من مثل الكآبة والاضطرابات المعادية للمجتمع والإدمان على لمخدرات . إذ أن وجود أي من هذه المشكلات لدى الوالدين يزيد من خطر عاناة أطفالهم من مشكلات سلوكية . فكثيراً ما يتم إغفال الكآبة الأبوية كعامل خطير يجدر الكشف عنه لأنه قد يضعف من مقدرة الوالد على إدارة سلوك طفل وكذلك قد يغير موقف الوالد من سلوك الطفل بحيث يتم التأكيد على جوانب السلبية السلوك . وإذا كانت هناك اضطرابات سلوكية أو انفعالية لدى والدين ، فتقتضي الضرورة إجراء مناقشة داعمة وصريحة معهما تتعلق همية تلقيهما للمساعدة اللازمة .

من الواضح أن الضغوطات التي قد تؤثر على الطفل تتعدى الاضطرابات طبية والعقلية . ومن الأمثلة على الضغوطات العديدة المحتملة والتي قد تفضي ى تغييرات في أعراض الطفل ما يلي : إصابة الطفل أو أعضاء الأسرة آخرين بأمراض طبية ، وولادة أحد الإخوان ، وانتقال الأسرة لمنزل آخر ، لتسريح من العمل ، والخلاف الزوجي أو الطلاق ، والعنف المنزلي. وسيكون

بمقدور العيادي في بعض الحالات مساعدة الأسر على إدارة هذه المواقف أو على تحديد مصادر المجتمع القادرة على مساعدة الأسرة . إضافة إلى ذلك ، لا ينبغي أن يقلل العياديون من أهمية اهتمام الاختصاصي ودعمه وتشجيعه في غضون هذه الأوقات العصيبة .

أخيرًا ، في حالة وجود المشكلات ، يجب على العيادي أن يقرر ما يتم عمله لإدارة المشكلة . إذ غالبًا ما ينخرط الوالدين والأطفال بحماس في التدخلات السلوكية في مستهل العلاج ، مما يولد تحسنات كبيرة في سلوك الطفل . من ناحية ثانية ، عادة ما تتطلب التدخلات السلوكية جهدًا كبيرًا من جانب الوالدين. وما أن تخبو حدة التدخل العلاجي ، يتناقص اهتمام الأطفال بالتدخلات ، مما يظهر ميلاً نحو عدم تحمل هذه التدخلات مع مرور الوقت . من هنا، يمكن اللجوء إلى زيارات المتابعة لمساعدة الوالدين على تعديل التدخلات للمحافظة على فعاليتها (انظر الفصل الخامس) ، وللتعرف على جهود ومهارات الوالدين الذين نجحوا في تعديل التدخلات بذواتهم .

٣ ـ مراقبة علاقات الطفل مع أقرانه

يكمن المؤشر المهم الآخر على مستوى الأداء الوظيفي للطفل في كيفية تعايش الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع أقرانه . وقد تمت مناقشة العوامل التي تسهم في المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في الفصل السابع . فقد يكون لبعض الأطفال أصدقاء كثيرون ، بينما قد يكون لآخرين القليل فقط من الأصدقاء . وقد ينسجم كلا هذين الموقفين مع حالة التكيف الاجتماعي المناسب. غير أن الأطفال الذين لا أصدقاء لهم يكونون معرضين كثيرًا لخطر الإصابة بمشكلات سلوكية ووجدانية . وإذا كانت أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تؤثر في علاقات الأقران المتصلة بالطفل ، فإنها تصبح بالتالي هدفًا مهمًا للعلاج .

قد تفيد التغييرات في الأداء الوظيفي للأقران في تقييم العوامل التي تسهم

في إحداث تغييرات في الأداء الوظيفي في بيئات أخرى . فعلى سبيل المثال ، إذا فقد طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الاهتمام في التفاعل مع أقرانه أو المشاركة في نشاطات كان يجدها ممتعة سابقًا ، فينبغي التفكير باحتمالية مساهمة الكآبة في حدوث مشكلات في بيئات أخرى . وعلى نحو مماثل ، في حالة طفل كانت أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديه تحت السيطرة ، غير أنه بدأ يعاني من مشكلات في الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية مع مجموعة أقرانه وكذلك في المدرسة أو مع الأسرة ، فإن ذلك يدعم الحاجة لتعديل طريقة إدارة أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة.

تنخرط فئة من المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في سلوكات ذات خطورة بالغة ، من مثل الإدمان على العقاقير الطبية والتهرب من المدرسة ، والعدوانية ، والسرقة . وقد يتردد المراهقون في التصريح بانخراطهم في هذه النشاطات ، لكنهم قد يكونون أكثر صدقًا لدى مناقشة السلوكات بالغة الخطورة التي يقوم بها أصدقاؤهم أو مراهقون آخرون على وجه العموم . من هنا ، فقد تسهل مناقشة هذه النشاطات مع المراهق عملية قيام المراهق بالحديث عن السلوكات ذات الخطورة البالغة التي يشارك فيها ، وحتى لو استمر المراهق في إنكار مشاركته في هذه النشاطات ، فيجب أن يدرك العياديون أن المراهقين الذين ينخرط أصدقاؤهم مرارًا في هذه النشاطات معرضون على نحو متزايد للانخراط في هذه السلوكات بأنفسهم .

٤ ـ تعديل خطة العلاج

يتمثل أحد أصعب القرارات التي يجب أن يتخذها العياديون لدى متابعتهم الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في كيفية تعديل خطة العلاج ووقت القيام بذلك . فهل يحتاج الطفل الذي يواجه صعوبات في المدرسة مزيداً من العون الأكاديمي أو التعديلات ، أو إلى إضافة أو تعديل في التدخل السلوكي ، أو إلى إضافة العلاج الدوائي أو تعديل في جرعة الدواء ؟ هل

التدخلات السلوكية أو التعديلات في العلاج الدوائي تعتبر أفضل طريقة لإدارة النزاعات في المنزل ؟ . من الواضح عدم وجود إجابات نهائية لهذه الأنواع من الأسئلة . كذلك ، سيعتمد ما يحدث في أي حالة فردية على مواقف وخبرات الوالدين والطفل وأعضاء الأسرة الآخرين والعياديين والمدرسين وأعضاء المجتمع المحلي الآخرين الذين يستشيرهم الوالدان ، هذا بالإضافة إلى المصادر المتاحة في الأسرة والمدرسة والمجتمع . أما الأفكار التالية فتقدم للعياديين كي يفكروا بها لدى التوصية بإجراء تعديلات في خطة العلاج ، مع إدراك وجود مجموعة واسعة من العوامل التي تؤثر في التغييرات الحقيقية التي يتم إجراؤها في الخطة العلاجية لحالات فردية .

ربما يكون أهم شيء بالنسبة للعيادي هو التعامل مع أي تعديل على أنه جزء من عملية التقييم المستمرة . فقد يؤكد الحصول على أوضح المعلومات عن استجابة الطفل للتعديل في التدخل العلاجي الانطباع الذي خرج به العيادي، أو قد يكشف عن وجود مشكلات إضافية أو بديلة . فعلى سبيل المثال ، قد لا يتضح للعيادي فيما إذا كان طفل يعاني من تدني الاعتداد بالذات ، أو من شعور باليأس المتصل بالفشل المتكرر كنتيجة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أم أنه يعاني من اضطراب نفسي غير ظاهر . فقد يرتئي العيادي علاج أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وفي الوقت ذاته يراقب التغيرات في أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والتغيرات في الحالة النفسية للطفل . ومع مرور الوقت ، يغلب أن يتضح فيما إذا كانت أعراض الحالة النفسية مرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أو فيما إذا كانت الحاجة تدعو إلى علاج إضافي لأعراض الحالة النفسية .

ويفهم ضمنًا من المناقشة السابقة أنه من الأفضل إجراء تعديل واحد في المرة الواحدة ومراقبة استجابة الطفل لذلك التعديل قبل إجراء تعديلات إضافية. ومع أنه من الواضح أن هذه هي أفضل وسيلة لتقرير فيما إذا كان التدخل

العلاجي يحدث تأثيره المرغوب ، إلا أنها تقتضي توظيف التدخلات العلاجية على نحو تسلسلي، والذي قد يتعذر القيام به في بعض الحالات . ففي المثال السابق قد تكون مشكلات الحالة النفسية ، وأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة شديدة لدرجة تجعل العيادي يرتئي علاج كل منهما في الوقت نفسه ، أما بالنسبة لبعض الأطفال ، فقد تكون أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تسبب خللاً وظيفياً شديداً بحيث تقتضي الضرورة تنفيذ التدخلات الدوائية والسلوكية والتربوية في الوقت ذاته تقريباً . وقد تدعو الحاجة في مثل هذا الوضع إلى انتظار العيادي حتى تستقر الحالة لفترة من الزمن ، ومن ثم يفكر في وقف أكثر التدخلات تقييداً وذلك لتقرير أيها ضروري للمحافظة على التعديل.

ويجب التأكيد على الأهمية الخاصة لهذا الاتجاه للتدخلات الدوائية . حيث تتزايد أعداد الذين يتم علاجهم بأدوية متعددة وهم الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الشديد ، أو اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المصحوب باضطرابات أخرى . ومع مرور الوقت لا يعود واضحاً أي العقاقير تساعد الطفل حقيقة . أو حتى فيما إذا كانت بعض الأعراض التي يتم علاجها بالأدوية هي تأثيرات جانبية لعقاقير أخرى يتناولها الطفل أم لا . من هنا ، قد يصعب إقناع الوالدين أو المدرسين بأهمية الفترات التجريبية التي يتم فيها وقف التدخلات الدوائية ، غير أن المعلومات التي يتم تحصيلها عادة ما تكون قيمة جداً للإدارة طويلة المدى لأعراض الطفل .

عندما يبدي الوالدان للعيادي دواعي قلقهم المتعلقة بسلوك الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، ينبغي أن يقرر العيادي فيما إذا كان يجب أن يوصي بإجراء تعديلات في التدخلات السلوكية أو في التدخلات الدوائية . إذ تعتبر التدخلات السلوكية الأكثر فعالية لدى استهداف سلوكات مشكلة معينة أو فترات معينة من اليوم تسبب مشكلة للوالد أو المدرس . وفي

المقابل ، سيؤثر العلاج الدوائي في سلوك الطفل عبر مجموعة مختلفة من المواقع ومقدمي الرعاية خلال مدة مفعول الدواء . من هنا ، إذا كانت مشكلة السلوك محدودة نسبيًا بفترة زمنية معينة أو سلوك محدد ؛ فينبغي إذا إجراء تعديلات في الإجراءات السلوكية قبل إجراء تعديلات في الأدوية العلاجية . فقد يتحسن أداء الطفل الذي يواجه صعوبات في إنجاز الواجبات البيتية في حالة استهداف التدخل السلوكي عملية إنجاز الواجبات البيتية . وإذا كان الاستعداد للمدرسة في الصباح مشكلة رئيسة ، فقد يعالج التدخل السلوكي هذه الحالة حيث يتم التركيز على النشاطات الصباحية . وفي المقابل ، إذا كان عدة مدرسين و/ أو مقدمي رعاية يواجهون مشكلات كبيرة تتصل بمجموعة واسعة من السلوكات المتعلقة بالانتباه أو فرط الحركة ، أو الاندفاعية ؛ فقد تحدث التدخلات الدوائية تغييرًا أسرع في السلوكات المستهدفة . من هنا ، تتضح الحاجة أيضًا إلى الأخذ بالحسبان مقدار شدة المشكلات ، فإذا كانت المشكلات منتشرة غير أنها بسيطة ، فقد يخفف هذه المشكلات التنفيذ التتابعي لسلسلة من التدخلات السلوكية . أما إذا كانت المشكلات شديدة ، فيغلب أن تقتضي الحاجة إلى العلاجات الدوائية .

ب ـ تنسيق الرعاية

هناك عدة أفراد معنيون بتقديم الرعاية للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من ناحية أخرى ، تتطلب عملية الرعاية في معظم الحالات مجموعة مؤلفة من الوالدين و/أو كادر المدرسة و/أو أطباء الرعاية الأولية و/أو اختصاصيي الصحة العقلية و/ أو اختصاصيين مساندين . هذا ويتفاوت الدور الذي يؤديه اختصاصي معين في رعاية الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بالنسبة لتدريب العيادي واهتماماته وبالنسبة لباقي الاختصاصيين المشتركين . وحتى يتأتى العمل التعاوني بين العياديين ذوي الاختصاصات المتعددة ، فيجدر تقدير الأدوار التي يؤديها الاختصاصيون

الآخرون ذوو العلاقة ، وكذلك العوامل التي قد تقيد أو تؤثر في مقدرة اختصاصي آخر على إدارة جوانب معينة من رعاية الطفل . بالنسبة للشروحات التالية لأدوار مختلف الاختصاصيين ، فليس القصد منها أن تكون شاملة أو أن تقيد الدور الذي قد يؤديه عيادي معين . لكن بالأحرى تم تقديمها لمساعدة العياديين على تقدير الوسائل الممكنة التي قد يستطيع اختصاصي آخر من خلالها تقديم المساعدة من أجل تقييم أو علاج الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وكذلك تقييم القيود التي قد تؤثر على مقدرة العيادي على إدارة جوانب معينة من الاضطراب .

١ ـ أدوار طبيب الرعاية الأولية

أكد النمو في الرعاية المنظمة دور طبيب الرعاية الأولية في إدارة وتنسيق رعاية الأطفال ذوي الأمراض المزمنة ، حيث يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة اضطرابا مزمنًا . من هنا ، فإن مقدمي الرعاية الأولية في وضع ملائم يؤهلهم لإدارته . ويعني الانتشار الواسع لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أنه اضطراب يواجهه أطباء الرعاية الأولية مراراً . حيث إن العلاقات المتواصلة لهؤلاء الأطباء مع أطفال وأسر طوال سنوات تولد لديهم إدراكًا تطوريًا فريدًا بالنسبة لأعراض الطفل . إضافة إلى ذلك ، يغلب أن تفيد علاقته مع الأسرة في تقديم معلومات عن الضغوطات البيئية أو الأسرية التي قد تؤثر في الحالة . بالتالي، فقد تكون الأسر التي طورت علاقة ثقة مع طبيب على مدى السنين أكثر رغبة في تقبل توصيات الطبيب من تقبل توصيات الاختصاصيين الآخرين .

تتيح زيارات الإشراف الصحي الاعتيادية أو زيارات التحقق من العلاج الدوائي فرصة ممتازة لمراقبة الأداء الوظيفي للطفل في المدرسة ومع الأسرة ومع الأقران . وتمكن عملية تقديم إرشاد مسبق الوالدين من تطوير خطط لإدارة جوانب مختلفة من مثل المراحل الانتقالية في المدرسة ، والصعوبات المحتملة في الواجبات البيتية المقررة طويلة الأمد ، ومسؤوليات المنزل ، وفي

السلوكات الخطرة ، وفي قيادة السيارات وفي اختيار الجامعة عند الدراسة . فعندما تبرز المشكلات ، يستطيع مقدمو الرعاية الأولية وضع توصيات لمساعدة الأسرة أو إحالة الأسرة إلى اختصاصيين آخرين .

يؤدي مقدمو الرعاية الأولية دوراً أساسياً في إرشاد الأسر إلى كيفية الحصول على المساعدة وقت الحاجة . إذ بمقدورهم توجيه الأسرة إلى اختصاصيي الصحة العقلية أو الأطباء المساندين الملائمين . ويمكنهم كذلك السعي نحو تحصيل هذه الخدمات للأطفال . فقد يكونون على دراية بمصادر المجتمع المتاحة لمد يد العون للأسرة ، وبإمكانهم أيضا مساعدة الأسر من أجل مساندة طفلهم المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من جانب آخر ، تمكن الدراية بالقانون التربوي الأطباء من إرشاد الأسر نحو وضع توقعات مناسبة فيما يتصل بالعون الذي تقدمه المدرسة . هذا وتتزايد نزعة شبكات الرعاية المنظمة نحو وضع طبيب الرعاية الأولية في موقع المُطالب بالإحالات الطبية والصحية العقلية المطلوبة لكل طفل على حدة . وقد يكون لأطباء الرعاية الأولية - كمجموعة- دور مهم جداً في التأكيد لمقدمي الرعاية المنظمة على أهمية خدمات الصحة العقلية المناسبة المقدمة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

تخلق إدارة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في بيئة رعاية أولية بعض الصعوبات بالنسبة للأطباء . إذ تتمثل المشكلة الأكثر تكراراً في المدة الزمنية المطلوبة لإدارة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . حيث تستغرق معظم الزيارات المجدولة في هذه المواقع من عشر إلى خمس عشرة دقيقة . وقد يكون ذلك وقتاً كافياً لمراقبة تأثيرات العلاج الدوائي والأعراض الجانبية ، غير أنه ليس كافياً لإجراء نوع التقييم الأولي الموصوف في هذا الكتاب . وفي حالة الكشف عن مشكلات كبيرة إبان متابعة المراقبة ، فقد تقتضي الضرورة ترتيب مواعيد زيارات إضافية وذلك لتطوير خطة متابعة . ويكمن أحد الحلول بالنسبة للطبيب في إحالة الحالة إلى اختصاصيين آخرين لإجراء التشخيص والمراقبة لاضطراب

عجز الانتباه وفرط الحركة ، مع حصر دوره في وصف الأدوية ومراقبتها . لكن هذا الدور المحدد لا يسعد العديد من مقدمي الرعاية الأولية . فعلى سبيل المثال، بينت الدراسات المسحية قيام ما يزيد عن نصف أطباء الأطفال بتخصيص وقت معين لتقديم الرعاية للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويمضي أكثر من نصفهم مدة ساعة أو أكثر في إجراء التقييم الأولي ، في حين أن القليل منهم أفادوا بقضائهم أقل من ثلاثين دقيقة في التقييم . أما في حالة الحاجة لمزيد من الوقت أو الزيارات ، فلا تقوم برامج التأمين المتعلقة بالرعاية المنظمة بدفع نفقات الوقت الإضافي . من هنا ، ليس من المستغرب أن تعتقد الأغلبية الساحقة من الأطباء أنه لم يتم تعويض النفقات لهم لقاء رعاية الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

تم التأكيد في هذا الكتاب على أهمية التواصل مع المدارس ، غير أنه في حالة عدم كفاية التقارير الكتابية أو مقاييس التقدير ، فغالبًا ما تعسر جداول مواعيد المدارس والأطباء عملية التواصل . فقد يستطيع العديد من أطباء الرعاية الأولية تخصيص وقت لإجراء مخابرات هاتفية في الصباح الباكر قبل شروعهم في رؤية المرضى أو في نهاية النهار ، لكن يغلب ألا يكون المدرسون أو موظفو المدرسة الآخرون موجودين في المدرسة خلال هذه الأوقات . وكذلك فإن المكالمات الهاتفية في منتصف النهار قد تربك أداء المدرسين للحصص أو تربك عمل الأطباء الذي يقتضي رؤية أربعة مرضى أو أكثر في كل ساعة ، مما يفسح مجالاً ضيقًا للمناقشة لكلا الطرفين . من ناحية أخرى ، قد يسهل البريد الإلكتروني أو أشكال التواصل الأخرى من التواصل بين الأطباء والمدرسين في المستقبل القريب .

٢ ـ أدوار اختصاصي الصحة العقلية

قد تنشد الأسر التشاور مع مقدم خدمة صحة عقلية بشأن تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو علاجه . أو قد تتم إحالة الأسر إلى مقدم خدمة الصحة العقلية ، وقد يتم الأمران معًا . وقد يرى مقدم رعاية

الصحة العقلية الطفل بسبب مخاوف تتصل بمشكلات أخرى ، غير أنه قد يعتقد خلال عملية التقييم أو العلاج أن الطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، ينبغي على اختصاصي الصحة العقلية المعني بتقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أن يتمكن من تنسيق تقييمه مع المعلومات الطبية والتربوية من أجل الكشف عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وعن أي اضطرابات مصاحبة . وقد يتاح لاختصاصي الصحة العقلية وقتٌ أطول من وقت طبيب الرعاية الأولية لتصنيف المشكلات ؛ وقد يكون ذا دراية أكبر منه في تقييم مشكلات مصاحبة تتمثل في وجود اضطرابات انفعالية أو سلوكية ، أو صعوبات تعلمية ، أو نزاع ضمن الأسرة ، أو ضغوطات أسرية أخرى . بالتالي، فإنه في حالة الشك بوجود اضطرابات كبيرة مصاحبة ، فإنه يجب التفكير في إجراء تقييم من قبل مقدم رعاية الصحة العقلية . أما إذا كانت هناك اضطرابات مصاحبة بالفعل ، فغالبًا ما تقتضي الحاجة لإجراء مشاورات دورية ضمن مرحلة المتابعة مع اختصاصي الصحة العقلية .

يستطيع العديد من مقدمي الرعاية الأولية تزويد الوالدين بتوصيات أساسية متعلقة باستراتيجيات إدارة السلوك . ومع ذلك ، عندما تبدو المشكلات شديدة أو عندما لا تسفر التوصيات عن تحسن في سلوك الطفل ، فقد تدعو الحاجة لإحالة الطفل وأسرته إلى اختصاصي صحة عقلية . وقد يساعد إختصاصي الصحة العقلية الأسرة في تصميم تدخلات سلوكية للمنزل ، وفي تقديم المشورة للمدرسة، وفي إعانة الأسرة في العثور على مصادر المجتمع . وينبغي تطوير خطة علاج للاضطرابات المصاحبة ونزاعات الأسرة أو الضغوطات . وتحتوي معظم التدخلات السلوكية على آليات ضمنية لمراقبة سلوك الطفل . ففي حالة التوصية بإضافة عقار دوائي أو تعديل جرعة دوائية ، فقد يتمكن اختصاصي الصحة العقلية الذي يعمل مع طبيب الطفل من توظيف أنظمة مراقبة مخصصة للتدخل السلوكي ، وذلك للمساعدة في تقرير فيما إذا كان التعديل في العلاج الدوائي يُحسّن من سلوك الطفل أم لا .

يعتبر اختصاصيو الصحة العقلية المحليون في موضع مناسب جداً يجعلهم يقيمون ويديرون مشكلات الفرد والأسرة المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومع ذلك تشكل إدارة صعوبات الطفل في المدرسة تحدياً كبيراً . وتتشابه العديد من هذه المشكلات مع تلك التي تم بحثها في القسم المتعلق بطبيب الرعاية الأولية . إذ أن هناك وقتاً محدوداً للتواصل مع المدرسين أو مع الموظفين الآخرين في المدرسة . إضافة إلى ذلك ، نادراً ما يعمل المرشدون على نحو مباشر مع الطالب في المدرسة . أما الجهود غير التعاونية لحل المشكلات فقد تكون جدواها أو مقبوليتها محدودة . هذا وقد تخفف اللقاءات بين الاختصاصيين المحليين وموظفي المدرسة من هذه المشكلة ، غير أن هذه اللقاءات تستغرق وقتاً طويلاً وهي مكلفة بالنسبة للأسر ، خصوصاً وأن شركات التأمين لا تغطي هذه الخدمات في أغلب الأحيان .

٣ ـ أدوار الاختصاصي النفسي في المدرسة

يتمثل الدور التقليدي الأساسي للاختصاصيين النفسيين في المدرسة في إجراء الإختبارات النفستربوية لتحديد الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية أو أية إعاقات تطورية أخرى تتطلب خدمات التربية الخاصة . وهناك مجموعة مختلفة من العوامل التي تسهم في الإجماع المتنامي حول أهمية توسيع الخدمات التي يقدمها الاختصاصيون النفسيون في المدرسة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ غالباً ما تكون المدرسة هي الموقع الذي يعاني فيه الأطفال المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من مشكلات خطيرة . ويشترط القانون التربوي تقديم الخدمات المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إذا ما كان الاضطراب يؤثر في تكيف الطفل في المدرسة . من هنا ، يعتبر اختصاصيو علم النفس في المدرسة في وضع ممتاز يمكنهم ليس فقط من الحصول على معلومات عن الأداء الوظيفي المعرفي للطفل ، وإنما أيضا الحصول على المعلومات ومراقبة سلوك الطفل في

مواقف أداء المهمات وسلوكه مع أقرانه . إضافة إلى ذلك ، بمقدورهم التشاور مع المدرسين على نحو أسهل ، كما أنهم يتحلون بمعرفة أفضل عن المصادر المتاحة في المدرسة ، وذلك بخلاف وضع اختصاصيي علم النفس المحليين أو الأطباء . وبإمكانهم أيضا جمع معلومات عن فعالية التدخلات السلوكية أو العلاجات الدوائية في المدرسة . وقد يكون الاختصاصيون النفسيون في المدرسة مستعدين لتولي هذه الأدوار الإضافية في بعض المجتمعات المحلية . ومع ذلك ، فما زالوا أساساً يؤدون دور إجراء الاختبارات في العديد من الأماكن .

هناك إمكانية جلية لأن يؤدّي الاختصاصيون النفسيون في المدرسة دوراً أساسياً في تقييم ومعالجة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أن جدوى هذا الدور الموسع محدودة وذلك لسببين : الأول يتعلق بتباين مستويات التدريب على هذا الدور الجديد . ويكمن السبب الثاني في تفاوت مستويات الدعم لهذا الدور فيما بين إداريي المدرسة . كما أن هناك أيضا مشكلات أخرى ، إذ لا ينبغي أن يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بناءً على معلومات المدرسة وحدها ، فهناك حاجة لتقييم طبي ومعلومات طبية عن الأداء الوظيفي للطفل في البيت . وقد يميل الوالدان أكثر لتقديم هذه المعلومات لطبيب الرعاية الأولية أو اختصاصي الصحة العقلية المحلي الذي يتشاوران معه ، وليس إلى موظفي المدرسة . بالتالي ، ستقتضي الحاجة في معظم الحالات لإجراء التشخيص بالتعاون مع الطبيب و/أو مقدم رعاية الصحة العقلية المحلي.

يوفر العمل في المدرسة ميزة رئيسة لتطوير خطط علاج للمشكلات في المدرسة . على الرغم من ذلك ، فقد يكون الاختصاصيون النفسيون في المدرسة مقيدين من حيث مقدار استطاعتهم التوصية بإجراء تدخلات علاجية تتطلب زيادات كبيرة على الموارد المخصصة لمساعدة الطفل . وحتى لو لم تكن الحالة كذلك ، فقد يظن الوالدان أن اختصاصيي علم النفس في المدرسة يحاولون توفير موارد المدرسة . فضلاً عن ذلك ، ليس من المناسب عادة أن يشترك

الاختصاصيون النفسيون في المدرسة في التدخلات الأسرية المطلوبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، ينبغي ترك القرارات النهائية المتعلقة باستخدام علاجات دوائية لوالدي الطفل وطبيبه .

٤ - أدوار الاختصاصيين المساندين

قد تشترك مجموعة مختلفة من الاختصاصيين المساندين في تشخيص وعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ويتضمن الاختصاصيون المساندون اختصاصيي الطب العقلي واختصاصيي الأعصاب للأطفال ، واختصاصيي طب الأطفال التطوري والسلوكي أما الأسباب الرئيسة لإشراك الاختصاصيين المساندين فتتمثل في وجود معضلات تشخيصية أو علاجية . فعلى سبيل المثال ، يجب التفكير بالإحالة إلى الاختصاصي المساند في حالة التفكير في إجراء تشخيص جديد لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لمراهق أو لطفل صغير جداً ، وكذلك الحال عندما يصاب الطفل باضطراب طبي كبير مصاحب، من مثل نوبات الصرع الخارجة عن السيطرة . أو متلازمة توريت ؛ أو عندما يصاب باضطراب انفعالي أو سلوكي شديد مصاحب ، من مثل اضطراب كآبة كبير أو اضطراب سلوك . وكذلك الحال عندما يصاب بإعاقة نمائية مصاحبة أو إعاقة حسية مصاحبة . أو ترتفع مستويات ضغوطات الأسرة أو نزاعاتها . بالنسبة للأطفال الذين لا يتحسنون لدى تناول الأدوية التي تمرّس طبيب الرعاية الأولية في استخدامها ، فيمكن إحالتهم إلى اختصاصي مساند. إذ قد تتوافر في بعض مراكز الإحالة فرق متعددة الاختصاصات تتكون من مجموعة من الاختصاصيين النفسيين والمرشدين الاجتماعيين والتربويين والأطباء المساندين . وقد تستطيع هذه الفرق إجراء تقييم وعلاج حسن التنظيم والتنسيق لأكثر الحالات تعقيداً وصعوبة في العلاج .

غالبًا ما تستغرق الرعاية المقدمة من اختصاصيين مساندين وقتًا طويلاً ، كما أنها مكلفة أيضا . فقد تضطر الأسر إلى سفر مسافة طويلة لرؤية اختصاصي مساند ، مما يُعسر عملية متابعة الرعاية . وقد لا يكون

الاختصاصي المساند في مثل هذه الحالات على دراية بمصادر المجتمع أو المدرسة كي يرشد الأسرة إليها . إضافة إلى ذلك ، فقبل عملية تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، لا يكون الاختصاصيون المساندون في العادة على دراية بأي جانب من جوانب السيرة الطبية أو السلوكية أو التربوية أو التطورية أو الأسرية المتصلة بالطفل . وحيث إن الحصول على كل هذه المعلومات يزيد من الوقت المطلوب للتقييم ، فإن ذلك يزيد من تكاليف التقييم . من هنا يتبين لنا أنه على الرغم من الحاجة إلى رعاية الاختصاصيين المساندين لفئة من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فإن هناك أطفالاً عديدين مصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ولا يحتاجون إلى خدمات الاختصاصي المساند .

الخلاصة

على الرغم من كون التشخيص الأولي وخطة العلاج للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مهمين ، فإن إدارة الاضطراب على المدى الطويل يكون لها التأثير الأكبر على المخرجات . ولأن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يؤثر على أداء الأطفال في بيئات متعددة ، فيجب أن تراقب التقييمات في مرحلة المتابعة الأداء الوظيفي للطفل في الأسرة ، والمجتمع المحلي، وفي المدرسة ، ومع الأقران . من ناحية أخرى ، يتفاوت الاختصاصيون الذين يغلب أن يكونوا الأكثر فائدة بالنسبة للطفل والأسرة تبعًا للبيئة التي يحدث فيها الخلل الوظيفي وتبعًا لوجود مشكلات مصاحبة . وعند الأخذ بالاعتبار كلاً من تأثير الرعاية المنظمة وحقيقة أن الأسر تفضل رؤية طبيب الرعاية الأولية خاصتها لدى قيامها بزيارات الإشراف الصحي الاعتيادية ، فغالبًا ما يكون طبيب الرعاية الأولي هو المسؤول عن مراقبة الطفل وتنسيق الرعاية المقدمة لذلك الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . غير أنه في بعض الحالات قد يقوم اختصاصي صحة عقلية محلي أو اختصاصي نفسي من المدرسة أو طبيب مساند بأداء هذه الوظائف بفعالية أكبر .

الفصل الحادي عشر

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة

الفصل الحادي عشر

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة

قد يُظهر أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة مجموعة مختلفة من السلوكات التي تقلق الوالدين أو أعضاء الأسرة الآخرين والمدرسين . وتتضمن السلوكات الأكثر شيوعًا حدوث نوبات انفعالية ، وتطلّب اهتمام مفرط للغاية من قبل الآخرين ، وزيادة النشاط ، وتدني تحمل الإحباط ، والعدوانية ، ومشكلات النوم، ومشكلات التدريب على استعمال الحمام ، والانتقائية في الطعام ، والمخاوف أو القلق . بالنسبة للأطفال في سن الثانية ، فمن المعروف على نطاق واسع صعوبة التعامل معهم ، غير أنه يبدو أن شدة المشكلات وتكرارها تصل الذروة لدى الأطفال في سن الثالثة . فغالبًا ما يبدأ في هذا الوقت الوالدان أو المدرسون بالتساؤل فيما إذا كان الطفل مصابًا باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك في ضوء ملاحظتهم لزيادة نشاط وتدني تحمله للإحباط ، وتزايد متطلبات الانتباه ، وسلوكات المقاومة .

يقدم هذا الفصل معلومات تساعد العياديين على تقييم وإدارة المشكلات المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . إذ يستهل الفصل الحديث بشرح مظاهر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إبان مرحلة ما قبل المدرسة . ومن ثم يدرس التفسيرات البديلة لهذه الأعراض والتي ينبغي أخذها بالحسبان خلال التقييم . ويختم الفصل الحديث بوضع توصيات متصلة بإجراءات التقييم والعلاج السلوكي والدوائي في هذه الفئة العمرية .

أ ـ عجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية عند أطفال ما قبل المدرسة

بينت عدة دراسات أجريت على الأطفال الأكبر سناً والمصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أن والديهم يقومون في البداية بالإبلاغ عن وجود مشكلات تتصل بزيادة النشاط والاندفاعية ، وصعوبات في المواظبة على أداء المهمات وذلك في مرحلة ما قبل المدرسة . ومع أن سلوك العديد من أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يتسم بقلة الانتباه وارتفاع مستويات النشاط، والاندفاعية، فقد تبين أن المشكلات الأبوية المتعلقة بهذه السلوكات تكشف عن الأطفال الذين يميلون إلى تغيير النشاطات أكثر من غيرهم خلال اللعب ، وكذلك الذين ينخرطون في نشاطات لفترات زمنية أقصر ، والذين يتركون مقاعدهم على نحو أكثر تكراراً إبان المهمات المنظمة ، وذلك بخلاف الأطفال الذين لا يعتبرون ذوي حركة مفرطة بالنسبة لوالديهم . هذا وغالباً ما تنجلي أعراض فرط الحركة والاندفاعية قبل أعراض قلة الانتباه . من هنا ، يتبين أن النوع الذي يسود فيه فرط الحركة والاندفاعية من أنواع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة هو الأكثر شيوعاً خلال مرحلة ما قبل المدرسة ، غير أن أغلبية هؤلاء الأطفال ستظهر عليهم أعراض عجز الانتباه وفرط الحركة مع تقدمهم في العمر .

من الواضح أنه يمكن الكشف عن أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين تظهر عليهم أعراض تشبه أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومع ذلك ، يجدر فهم التسلسل التطوري لهذه الأعراض قبل الاستنتاج بأنها متصلة بأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في مرحلة المدرسة . وتشير الأبحاث الطولية إلى أن ٤٥ ٪ ـ ٧٥ ٪ من أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة سوف تستمر هذه الأعراض لديهم في مرحلة المدرسة وحتى في مرحلة المراهقة . ومع مرور فترات طويلة من الزمن ، يصبح استقرار هذه الأعراض السلوكية جديراً بالملاحظة ، غير أنه تظل هناك مجموعة كبيرة من الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض خلال فترة

مرحلة ما قبل المدرسة ولا يواجهون مشكلات في مرحلة المدرسة . من ناحية أخرى، تدل الأبحاث أن شدة الأعراض وديمومتها قد تساعد العياديين على تمييز الأطفال الذين يرجح أن تستمر الصعوبات لديهم . فقد وجد كامبل (Cambell) أن الأطفال الذين استمرت المشكلات لديهم حتى سن السادسة كان يرجح أعتبارهم أكثر قلقًا وتشتتًا وعصيانًا وتخريبًا في سن الثالثة من الأطفال الذين أظهروا تحسنًا . إضافة إلى ذلك ، بالنسبة للأطفال من غير ذوي الأعراض المستمرة حتى سن السادسة ، فقد أظهروا تراجعًا في الأعراض بين سن الثالثة والرابعة ، وازداد هذا التراجع في الأعراض بين سن الرابعة والسادسة . أما أولئك ذوو الأعراض المستمرة فقد أظهروا تراجعًا بسيطًا في الأعراض بين سن الثالثة والرابعة أو من سن الرابعة إلى السادسة .

هناك جوانب أخرى من الطبيعة المزاجية للطفل (انظر الفصل الخامس) لها أهمية ينبغي أخذها بعين الاعتبار . إذ تزيد احتمالية وجود مشكلات مستمرة لدى الأطفال غير القادرين على التكيف ، والذين يميلون إلى المعاناة من حالة نفسية سلبية ، والذين يتسمون بالانفعالية الشديدة . ويكون ذلك صحيحًا على وجه الخصوص لدى اجتماع هذه السمات مع وجود مستويات مرتفعة من الضغوطات على الحياة الأسرية ، و/أو وجود فوضى في البيئة المنزلية ، و/أو إصابة الأم بالكآبة . من هنا ، لدى تقييم العياديين للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة وتقييم احتمالية وجود أعراض مستمرة ، فينبغي أن يأخذ بالحسبان شدة الأعراض الحالية على الطفل ، وديمومة هذه الأعراض ، وسمات الطبيعة المزاجية للطفل ، ووجود ضغوطات حياتية ، والبيئة الأسرية .

ب - تقييم الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة

١ - التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis

يعتمد تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ، من مثل تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للطفل

الأكبر سناً . على تقييم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وكذلك على استبعاد اضطرابات أخرى . وعلى الرغم من التماثل بين هذه العملية والعملية المستخدمة مع الطفل الأكبر سناً ، فإن تقييم الطفل الأصغر سنا يتطلب تركيزاً أكبر على تحديد الاضطرابات التطورية التي يحتمل الكشف عنها أولاً في فترة ما قبل المدرسة .

ينبغي أن يتضمن التقييم السيرة المرضية والسيرة الأسرية والفحص الجسمي . وكثيراً ما يتضمن أيضا دراسات مخبرية للكشف عن الإعاقات الحسية أو الصرع ، أو ضعف أو زيادة نشاط الغدد الدرقية (Hypo - or Hypethyroidism) ، والاضطرابات الوراثية أو اضطرابات التلف العصبي . وقد تم بحث ذلك في الفصل الأول .

أما الاضطرابات التطورية التي يحتمل وجودها لدى الأطفال الذين يتم تقييمهم للكشف عن أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فتشمل الاضطرابات اللغوية ، والإعاقة العقلية - والذي غالباً ما يسمى « تأخر تطوري» خلال مرحلة ما قبل المدرسة - ، والاضطراب التطوري الشامل (PDD). فبالنسبة للأطفال الذين يعانون من حالات تأخر كبير في اللغة الاستقبالية و/أو التعبيرية مع كون المهارات غير الكلامية ضمن المستوى الطبيعي ، فيتم تشخيص وجود اضطرابات لغوية لديهم . وتزداد عرضة الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطرابات لغوية للمعاناة من مشكلات سلوك والتي تتضمن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وإضافة إلى عجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية ، فقد تسهم الصعوبات في التواصل الكلامي في زيادة مشكلات السلوك لديهم . فقد يجد هؤلاء الأطفال أن سلوكات المقاومة أو السلوكات الفوضوية أكثر فعالية من حيث توصيل حاجاتهم . وقد تصعب عملية التمييز فيما إذا كانت السلوكات الفوضوية مرتبطة بمشكلات التواصل أو باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو بكليهما . غير أنه في معظم الحالات

إذا شك أحدهم بأن مشكلة التواصل مرتبطة بالسلوكات الفوضوية ، فينبغي تأخير تشخيص وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى أن يقوم معالج نطق ولغة أو اختصاصي نفسي بمساعدة الأسرة على تقييم مشكلات التواصل وإدارتها . هذا وقد أكدت الدراسات على أهمية تقديم مساعدة إضافية لهؤلاء الأطفال وأسرهم . فقد أثبتت هذه الدراسات نزعة مشكلات السلوك لدى أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من ذوي الصعوبات اللغوية نحو التزايد في فترة ما قبل المدرسة إلى سن المدرسة ، في حين تظل مشكلات السلوك للأطفال من غير ذوي الإعاقات اللغوية أكثر استقراراً . أخيراً ، تتوجّب مراقبة هؤلاء الأطفال بعناية لدى دخولهم المدرسة بسبب تزايد عرضتهم للإصابة بالإعاقات التعلمية .

بالنسبة للطفل الذي لم يتم تشخيص وجود تأخر تطوري أو إعاقة عقلية لديه، فقد يكون أقل كفاءة في تنظيم مدة انتباهه ومستوى نشاطه من أقرانه ذوي العمر الزمني نفسه . وقد يعتبر والدا هذا الطفل أنه يظهر إشارات على اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من ناحية أخرى ، تسهل عملية الكشف في مرحلة ما قبل المدرسة عن الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية والذين يتطلبون وسائل دعم شاملة . وإذا كان مستوى النشاط ومدة الانتباه مناسبين للعمر العقلي للطفل ، فيمكن عزو الصعوبات في مدة الانتباه ومستوى النشاط إلى حالة الإعاقة العقلية وليس إلى اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بذاته . بالتالي ، يجب أن يكون العياديون الذين يقيمون وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة على دراية باستخدام اختبارات الذكاء التصنيفية المفيدة في الكشف عن الاضطرابات اللغوية والإعاقة العقلية . وقد يصاب الأطفال ذوو الإعاقة العقلية أيضا باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، إذا كانت صعوبات الطفل المتصلة بمستوى النشاط ومدة الانتباه تفوق كثيراً ما هو متوقع من طفل من مثل عمره العقلي ، فيكون من المناسب تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كاضطراب

مصاحب لديه .

يتسم الأطفال المصابون بالاضطراب التطوري الشامل (PDD) بوجود صعوبات شديدة في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، وصعوبات في مهارات التواصل والمهارات اللغوية ، والسلوكات النمطية . وقد ينصب اهتمام الوالدين على تأخر التطور اللغوي ، وافتقار الطفل إلى الرغبة في القيام بالنشاطات التي يجدها أقرانه محببة ، وإخفاق الطفل في النظر إلى - أو حتى إدراك - الراشدين أو الأطفال الذين يتكلمون إليه أو يحاولون التفاعل معه (مما يجعلهم أحياناً يعتقدون أنه أصم) . هذا وينخرط العديد من الأطفال المصابين بالاضطراب التطوري الشامل في مستويات مرتفعة من النشاط قد تخلق مخاوف متصلة باحتمالية الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومع أن أعراض الاضطراب التطوري الشامل قد تبدو مشابهة لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فإن السيرة المرضية المفصلة للطفل إضافة إلى مراقبته ستكشف مواطن قصور شديدة في المهارات الشخصية والتواصل والسلوكات النمطية أو السلوكات غير العادية الأخرى والتى لا توجد عادة لدى الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ أن ارتفاع مستوى النشاط لدى الأطفال المصابين بالاضطراب التطوري الشامل شائع جداً لدرجة الاعتقاد بأنه جزء من اضطراب ضمني . بالتالي ، لا يتم إجراء تشخيص إضافي لوجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من جانب آخر ، يمكن جعل ارتفاع مستوى النشاط هدفاً للتدخل العلاجي .

بالإضافة إلى الاضطرابات التطورية ، هناك اضطرابات عقلية أو نفسية أخرى قد يكون لها أعراض مشابهة لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فعلى سبيل المثال ، عادة ما يخفق الأطفال المصابون باضطراب المقاومة العدواني (ODD) في اتباع تعليمات الراشدين ، مما يجعلهم بالتالي

يبدون مصابين بعجز الانتباه وفرط الحركة أو الاندفاعية . ويعتبر ٣٠ ٪ - ٦٠ ٪ من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أنهم في الواقع ذوي سلوك عصياني أو سلوك مقاومة في المنزل و/أو في المدرسة ، وخصوصًا الذكور منهم . إضافة إلى ذلك ، هناك سمات أخرى للطفل قد تسهم في إحداث سلوكات المقاومة ، ومنها على وجه الخصوص تدني القدرة على التكيف والعوامل الأسرية من مثل قصور المهارات الأبوية وقصور تنظيم البيئة المنزلية ، وارتفاع مستويات الضغوطات الحياتية . أما الاضطرابات العقلية الأخرى من مثل الكآبة والحصر النفسي - ما عدا الحصر النفسي الانفصالي (Separation Anxiety Disorder) - واضطراب الهواجس القسرية؛ فهي أقل شيوعًا لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من الأطفال الأكبر سنًا . وفي حالة حدوث هذه الاضطرابات بالفعل لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، فقد تجعل أعراض من مثل الانفعالية وعجز الانتباه الوالدين أو المدرسين يظنون أن الطفل يعاني من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من هنا ، ينبغي أن تُركز السيرة المرضية على كل السلوكات المشكلة أو غير العادية التي ينخرط فيها الطفل ، وليس فقط على تلك التي يعتقد أنها تشير إلى الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تكون مقاييس تقدير السلوك - والتي سيتم بحثها لاحقًا في هذا الفصل - مفيدة أيضا في الكشف عن اضطرابات السلوك والاضطرابات الانفعالية الأخرى . علاوة على ذلك ، تكشف الأسئلة المتعلقة بالضغوطات الحياتية وبمصادر دعم الأسرة وبالنزاع ضمن الأسرة ، وبالنشاطات اليومية الاعتيادية عن العوامل الأخرى التي تسهم في صعوبات الطفل السلوكية .

٢ - أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

يزداد تعقيد عملية تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى

الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة بسبب حقيقة حصول التطور على نحو سريع خلال سنوات مرحلة ما قبل المدرسة ، مما يفضي إلى حدوث العديد من التغيرات السلوكية العرضية . ويجدر بالتالي التفكير في ديمومة هذه الأعراض لدى إجراء تشخيص لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويوصي الدليل التشخيصي والإحصائي بجعل مدة الأعراض ستة شهور على الأقل وذلك حتى يتأتى تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، أما مدة الأعراض للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة فيوصى بألا تقل عن اثني عشر شهراً . غير أنه في بعض الحالات ، وخصوصاً مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الأصغر سناً، فإن استخدام هذا المعيار يعني احتمالية عدم تأكيد التشخيص في غضون التقييم الأولي . لكن تأخير استخدام صفة تشخيصية مميزة يجب ألا يحول دون الشروع في الاستشارة السلوكية في حالة إحداث الأعراض معاناة كبيرة .

تشيع أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المشروحة في الدليل التشخيصي والإحصائي (انظر المقدمة) لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . وهذا صحيح على وجه الخصوص بالنسبة لأعراض فرط الحركة والاندفاعية . من هنا ، يجدر ألا يقتصر تقييم العياديين على عدد الأعراض بل يجب أن يشمل أيضا شدة هذه الأعراض . ويجب تقييم ذلك خلال مقابلة الوالدين ، وكذلك وفقاً لمقياس تقدير معياري يتضمن معايير كافية تتصل بأطفال ما قبل المدرسة (والتي سيتم بحثها في القسم التالي) . من ناحية أخرى ، ينبغي أن تركز السيرة المرضية على وجود شروحات تفصيلية للسلوكات التي يعتقد أنها تدل على فرط الحركة أو عجز الانتباه أو الاندفاعية ، مع تحديد مدى تكرار هذه السلوكات . ويستطيع العيادي بهذه الطريقة الحكم بموضوعية فيما إذا كانت السلوكات المعينة تبدو غير اعتيادية . فعلى سبيل المثال ، بالنسبة للوالدين الذين يشكون من عدم استمرار جلوس طفل عمره ثلاث سنوات طوال

مدة تناول الطعام ، فربما أنهما يتحدثان عن طفل لا يستمر في الجلوس في فترات تناول الطعام التي تستغرق ساعة ، أو ربما أنهما يتحدثان عن طفل لا يظل جالساً على كرسيه لأكثر من خمس دقائق لتناول الطعام . المشكلة الأولية في هذا المثال هي ذاتها ، وهي تشير إلى إمكانية كون الطفل ذا حركة زائدة . غير أن الوصف المفصل للحدث هو الذي يتيح للعيادي التمييز بين هذين الموقفين المختلفين . فإذا كان الطفل خاضعاً لبرنامج رعاية طفولة أو الرعاية في مرحلة ما قبل المدرسة ، فإن بحث الأمر مع مقدم الرعاية في تلك البيئة سيتيح للعيادي الحصول على تقييم لمستوى نشاط الطفل ومدة انتباهه واندفاعيته عبر المواقف الحياتية.

تعتبر مقاييس التقدير أيضا مفيدة في تقييم شدة الأعراض. وهي توفر أيضا وسيلة فعالة للحصول عن معلومات عن بقية مقدمي الرعاية . فإذا كان الطفل ملتحقًا بالروضة ، فيجب أن يقوم الوالدان والمدرّسون بإنجاز مقاييس التقدير . وإذا كانت نتائج مقاييس تقدير كل من الوالد والمدرس أعلى من ٩٣٪ (انحراف معياري قدره ١,٥ فوق المتوسط) بالنسبة لأطفال من العمر والجنس ذاتهما ، فمن المرجح جداً أن تكون أعراض الطفل شديدة . أما في حالة الحصول على نتيجة تزيد عن ٩٣٪ لدى أحد المقدرين فقط ، فقد يدل ذلك على اختلاف المتطلبات المتعلقة بالطفل عبر البيئات ، أو على اختلاف استراتيجيات إدارة السلوك التي يوظفها الراشدون في كل بيئة ، أو على إختلاف مواقف الراشدين تجاه ماهية السلوكات العادية وماهية السلوكات المشكلة . على أية حال ، يتوجب تنفيذ تدخلات سلوكية التي تبحث في القسم التالي وفي الفصل السادس وذلك لمساعدة الطفل ضمن البيئة التي يواجه فيها صعوبات . ويجب أن يستمر العياديون في مراقبة الطفل بعناية لاحتمال ظهور أعراض إضافية دالة على اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

أما إذا لم يكن الطفل ملتحقاً بالروضة ، فقد تزداد صعوبة تحديد مدى انتشار الأعراض . غير أنه في أقل الأحوال ينبغي الحصول على معلومات من قبل كل من الوالدين . وقد تكون مربية الطفل المتمرسة ـ أو أي مقدم رعاية خبير آخر . ذات فائدة في تقديم المعلومات . فمن الضروري جداً تقييم مهارات الوالدين في إدارة سلوك طفلهم . وفي حالة وجود تحفظات لدى العيادي بخصوص هذه المهارات ، فمن الأفضل تأخير التشخيص إلى ما بعد تقديم استشارة سلوكية أو تدريب للوالدين .

٣ ـ مقاييس تقدير السلوك

يعتبر استخدام مقاييس تقدير السلوك من قبل الوالد والمدرس عنصراً مهماً في رزمة التقييم . ويمكن الرجوع إلى الفصل الثاني من أجل استعراض مناقشة إيجابيات وسلبيات استخدام مقاييس التقدير لتقييم السلوك . وكما هو الحال بالنسبة لمزايا مقاييس التقدير المتصلة بأطفال مرحلة المدرسة ، فإن بعض المقاييس المتصلة بأطفال مرحلة ما قبل سن المدرسة تقيم مجموعة واسعة من الجوانب السلوكية والوجدانية ، كما أن هناك مقاييس أخرى منها خاصة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ومن المفيد في معظم الحالات استخدام مقياس واسع المدى لإجراء التقييم الأولي وذلك للكشف عن مجموعة من المشكلات السلوكية أو الانفعالية . ويمكن استخدام مقاييس محدودة المدى خاصة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لإجراء تقييمات في فترة المتابعة أو لتقييم تأثيرات التدخلات العلاجية . ويذكر أن ليس هناك إلا القليل من المقاييس المعيارية الجيدة المصممة للاستخدام مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وهذا بخلاف الحال بالنسبة للأطفال في سن المدرسة . وفيما يلي معلومات عن بعض المقاييس التي تتضمن بالفعل معايير للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة :

٣/١ مقاييس التقدير التي تقيم مجموعة واسعة من السلوكات

Behavior Assessment System for Children

١ ـ نظام تقييم السلوك للأطفال (BASC)

ويتوافر له مقاييس لكل من الوالد والمدرس . وهو مخصص للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ ـ ١٨ سنة ، مع وجود نموذج خاص بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ ـ ٥ سنوات . وتفرز هذه المقاييس نتائج تتصل بميدان المشكلات الداخلية لدى الطفل ، مع وجود مقاييس فرعية للحصر النفسي والكآبة والانطوائية . وتتصل النتائج أيضا بميدان المشكلات الخارجية للطفل ، مع وجود مقاييس فرعية لفرط الحركة والعدوانية ومشكلات السلوك . وتتضمن الميادين الأخرى التي يتم تقييمها عجز الانتباه والأمراض الجسمية ، والسلوكات غير الطبيعية .

٢ ـ تقييم ديفارو للطفولة المبكرة

Devereux Early childhood Assessment

وهو ملائم للاستخدام مع الأطفال ما بين سن الثانية والخامسة . ويمكن إنجازه من قبل الوالد والمدرسين . ويفرز مقياس التقدير هذا نوعين من النتائج التقديرية العامة للسلوك المشكل : ألا وهما السلوكات الداخلية والسلوكات الخارجية . هذا بالإضافة إلى نوعين من النتائج التقديرية للعوامل الوقائية : ألا وهما التكيفية والفعالية الذاتية .

٣ ـ استمارة سلوك الطفل The Child Behavior Checklist

ويتضمن هذا المقياس معايير خاصة بالأطفال حتى سن الثانية بالنسبة لتقرير إفادة الوالد ، وحتى سن الخامسة بالنسبة لتقرير إفادة المدرس . وهناك أيضا مقياس للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثانية والثالثة . ويفرز هذا المقياس النتائج التالية : مشكلات داخلية ـ مع وجود مقاييس فرعية للحصر

النفسي والكآبة والانطوائية ، ومشكلات خارجية مع وجود مقاييس فرعية لمشكلات النوم والمشكلات الجسمية هذا وقد تم استعراض المقياس المخصص للأطفال بين سن الرابعة إلى الثامنة عشر في الفصل الثاني .

٤ ـ استبانة الأسلوب السلوكي Behavioral Style Questionaire

يقدم هذا المقياس تقديرات لتسع سمات تتعلق بالطبيعة المزاجية والتي حددها توماس (Thomas) ورفاقه وهي : مستوى النشاط ، ومدى انتظام الوظائف الفسيولوجية ، ومستوى الاستجابة أو عدمها للمثيرات الجديدة ، والتكيفية ، والشدة ، والحالة النفسية ، ومدة الانتباه / المواظبة ، والتشتت ، والعتبة الحسية (مقدار الاستثارة المطلوبة لإحداث الاستجابات) . وهذه الإستبانة مصممة للاستخدام مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة والسابعة . وهي تختلف عن الاستبانات السابقة من حيث كونها غير مصممة للكشف عن الأمراض النفسية على وجه التحديد ، بل إنها بالأحرى مفيدة في الكشف عن تلك الجوانب من الطبيعة المزاجية للطفل ، بما في ذلك النشاط ومدة الانتباه وغيرهما التي تعسر على الوالدين عملية التعامل معه .

٣ / ٢ مقاييس التقدير التي تقيم مجموعة محددة من السلوكات

١ ـ استمارة ٤ لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

ADHD Symptom Checklist - 4

وهي ملائمة للاستخدام مع الأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين الثالثة والثامنة عشر . ويمكن إنجاز هذا المقياس من قبل كل من الوالدين والمدرسين ، وهو يفرز النتائج التالية : اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ النوع الذي يسوده قصور الانتباه ، واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ النوع الذي يسوده فرط الحركة والاندفاعية ، واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ النوع المختلط ، واضطراب المقاومة العدواني (ODD) . وتستمد مفردات كل مقياس

مباشرة من وصف الأعراض لكل من هذه الاضطرابات وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي . من ناحية أخرى ، يتضمن هذا المقياس معلومات محددة عن كيفية توفيق التباينات بين تقديرات الوالد والمدرس لسلوك الطفل .

٢ ـ مقياس كونرز للتقدير ـ النسخة المختصرة والمنقحة

Conners' Rating Scale, Revised - Short Form

يتيح هذا المقياس للوالد والمدرس إجراء تقديرات للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة والسابعة عشر . ويفرز مقياس التقدير هذا النتائج التالية : فرط الحركة ، والمقاومة ، والمشكلات المعرفية ، ومؤشر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويهدف مؤشر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى تصنيف هذا الاضطراب ، وهو يحتوي على اثنتي عشرة مفردة ، يعتقد أنها الأكثر دلالة على تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، استناداً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي .

٤ ـ الملاحظة المباشرة

تقدم الملاحظة المباشرة للطفل خلال المهمات المنظمة والمهمات غير المنظمة معلومات قيمة عن تطوره وسلوكه قد تساعد في عملية التشخيص التفاضلي . ومع أن سلوك الطفل خلال زيارة عيادة الاختصاصي قد لا يعبر عن السلوك الطبيعي لذلك الطفل ، إلا أن ذلك السلوك يوفر معلومات مهمة عن قدرات الطفل التطورية وأنماط تفاعله مع الوالدين ، وطبيعته المزاجية . (غالبًا ما يكون الأطفال أكثر انتباهًا وطواعية خلال هذه الزيارة بسبب حدة الموقف بالنسبة لهم بسبب الانتباه المباشر الذي يتلقاه) . كما أن توظيف نشاط منظم مع الطفل، من مثل بيان تطوري مقتضب ، يقدم معلومات عن طواعية الطفل وأسلوب استجابته وانتباهه للمهمات ، ومستوى تطور المهارات .

تقتضي الضرورة أيضاً وضع توصيات استناداً إلى سن الطفل ، وذلك

خلال عملية تقييم الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة . فمن الناحية الأولى ، قد يرفض الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الانفصال عن والديهم للذهاب مع العيادي إلى غرفة غير مألوفة . ومن أجل التخفيف من ضيق الطفل الناتج من ابتعاده عن الوالدين ، يوصى بوجود الوالدين مع الطفل خلال عملية التقييم . إضافة إلى ذلك ، يجب أن يتذكر العيادي أن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وخصوصاً أولئك الذين يشتبه بإصابتهم بمشكلات انتباه ونشاط ، يعانون من محدودية مدة الانتباه وعن عدم المقدرة على البقاء جالسين إلا لفترات قصيرة من الوقت . بالتالي . ومن أجل تطويل مدة انتباه الطفل خلال التقييم ، فيجب أن تتوافر لدى العيادي ألعاب مناسبة عمرياً حتى يلعب بها الطفل خلال عملية مقابلة الوالدين ، أو يمكن الطلب إلى الوالد إحضار ألعاب الطفل المفضلة إلى العيادة . وبالإمكان أيضا تقديم معززات من مثل الملصقات لقاء الالتزام بقوانين العيادة أو لقاء الانتباه للمهمات . وبسبب احتمالية إختلاف سلوك الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة خلال وجوده في العيادة بالنسبة لسلوكه في المنزل أو المدرسة ، فينبغي على العيادي أن يستفسر من الوالدين عن مدى تعبير سلوك الطفل خلال الجلسة العيادية عن سلوكه الاعتيادي .

جـ ـ علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة

١ ـ الإرشاد الأسري والسلوكي

يُبلغ والدو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن تعرضهم لمستويات مرتفعة من الضغط المتعلق بدورهم الأبوي اليومي ؛ وذلك بخلاف والدي الأطفال غير المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في نفس المرحلة العمرية ، بخلاف والدي الأطفال الأكبر سناً المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . بالتالي ، ليس مستغرباً

أن تتسم تفاعلات الأمهات مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بزيادة من الأوامر والتوجيهات والانتقاد والإشراف والعقاب ، وذلك بخلاف تفاعلات أمهات الأطفال غير المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتكون أغلبية التفاعلات بين الوالد والطفل في بعض الحالات قسرية . وفي هذه الحالة يستخدم الطفل في الأساس سلوكات درئية (Aversive Behaviors) ، من مثل التأوه أو الغضب ، أو العدوانية، من أجل الحصول على انتباه الوالدين و/أو للوصول إلى الأغراض العينية المرغوبة من مثل الحلوى أو الألعاب ، و/أو للتهرب من متطلبات مهمة أبوية من مثل تنظيف غرفته . وكلما زاد عدد مرات نجاح السلوكات الدرئية للوصول إلى المعززات أو لتجنب مواقف غير مرغوبة ، كلما زادت احتمالية تكرار هذه السلوكات في المستقبل . وقد يستجيب الوالدان إلى هذه السلوكات عن طريق التهديد أو العقاب المتكرر للطفل . وقد تمنع التهديدات والعقوبات حدوث السلوك الدرئي ولو لفترة قصيرة على الأقل . بالتالي ، تزداد احتمالية استخدام الوالدين للتهديدات والعقوبات في المستقبل . إذن ، يتبين لنا أن أغلبية التفاعلات قد تنطوي على التأوه والغضب والعدوانية من جانب الطفل ، وعلى تهديدات وعقوبات من جانب الوالدين . وقد يشعر الوالدان بالإحباط والغضب . وقد يشعر الوالدان بالعجز لدى سماعهما لنصيحة فظة صادرة من صديق للأسرة أو من آخرين متصلة بتربية الطفل . وقد يفضي ذلك إلى تدني الاعتداد بالذات وإلى إثارة مشاعر اليأس لدى الوالدين . لهذا السبب ، ينبغي التوصية بتقديم المشورة والإرشاد للوالدين بغض النظر عن التشخيص ، وقتما كان سلوك الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يثير مثل هذه التفاعلات .

يجب أن ينطوي الإرشاد عن تقديم الدعم للوالدين وعلى تعليم استراتيجيات إدارة السلوك التي تم بحثها في الفصل السادس . وتتشابه طرق إدارة السلوك المستخدمة مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة مع تلك المستخدمة مع

الأطفال في مرحلة المدرسة . من هنا ، تؤكد المناقشة التالية على التعديلات الواجب أخذها بعين الاعتبار لدى استخدام هذه الطرق مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . إذ أن هناك أهمية خاصة ، بالنسبة لهؤلاء الأطفال ، لأن تركز التدخلات على توظيف معززات أو عواقب سلوكية بدلاً من التوضيحات الكلامية والتبريرات . وبسبب محدودية مهارات التفكير لدى الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ، فليس من المرجح أن يكون تقديم توضيحات كلامية للطفل فعالاً في التخفيف من السلوك غير المناسب . فضلاً عن ذلك ، إذا ما تمت التفاعلات الكلامية المطولة مع الوالد عقب السلوك غير المناسب ، فقد يتم تعزيز السلوك غير المناسب عن طريق الانتباه الذي يتلقاه الطفل إبان هذا التفاعل .

١/١ تعزيز السلوك المناسب

يجب أن تركز استراتيجيات إدارة السلوك بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، من مثل الأطفال الأكبر سنًا ، على تعزيز السلوك المناسب . فبالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، هناك أهمية خاصة لأن يكون المعزز سريعًا وواضحًا وهادفًا ومتنوعًا . إذ تعتبر سرعة تقديم المعزز ضرورية لجعل الطفل يربط بين السلوك والمعزز . فالثناء الكلامي الفوري للطفل أومنحه ملصقًا على نحو سريع بسبب جلوسه خلال وقت الاجتماع سيكون أكثر فعالية من تقديم الملصق في آخر النهار. إذ لا تقتصر فائدة السرعة في تقديم المعزز على جعل الطفل في هذه المرحلة يربط بوضوح بين المعزز والسلوك الذي أدى إليه ، بل تتعداها إلى تذكير الطفل بالسلوكات المرغوبة وإلى جعله يؤمن بأن السلوك المناسب له فائدته .

ينبغي أن يكون التعزيز واضحاً . فالقول للطفل في هذه المرحلة « أعجبت بسلوكك خلال وقت الاجتماع » لا يبرز بوضوح أي سلوك يتم تعزيزه . بدلاً من ذلك ، القول : « أعجبت بالطريقة التي جلست فيها دون حراك وضممت يديك إلى جسمك خلال وقت الاجتماع » يبرز بوضوح للطفل أي السلوكات تم تعزيزها.

وبالمثل ، فإنه لدى تقديم معزز عيني ، يجب أن يتبعه توضيح جلي ومفهوم ومختصر.

إضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يكون المعزز هادفًا بالنسبة الطفل . أي يجب أن يكون شيئًا يرغب الطفل بالحصول عليه . فمن المعززات المرغوبة بطبيعة الحال بالنسبة للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة الثناء اللفظي ، والملصقات ، والحلوى ، وزيارة الأماكن المحببة ، وقضاء وقت خاص للعب مع الوالدين ، ومشاهدة فيلم فيديو ، وزيادة وقت مشاهدة التلفاز والألعاب . على الرغم من ذلك ، لكل طفل رغبته الفردية الخاصة فيما يتصل بالمعززات . وقد تكون مقدرة الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة على معرفة أو التعبير عن المعززات الأكثر فائدة محدودة شيئًا ما . ومع ذلك غالبًا ما يتمكن الوالد من تحديد ما يرغب أطفاله به بالفعل. وحتى يكون المعزز هادفًا ، يجب أيضا أن يكون شيئًا لا يصل إليه الأطفال طيلة الوقت . مثلاً ، تقديم البوظة لطفل لقاء جلوسه طوال فترة الغداء لن يكون هادفًا في حالة استطاعة الطفل الحصول عليها وقتما رغب طوال اليوم .

ختامًا ، تكون المعززات أكثر فعالية عندما تكون متنوعة . وتكمن إحدى وسائل ضمان تنوع المعززات في استخدام كيس مملوء بقصاصات ورق وتحمل كل قصاصة إسم معزز وجد أنه هادف بالنسبة للطفل . يقوم الطفل بالتقاط إحداها عقب أداء السلوك المرغوب . ويذكر أن تنويع المعززات سيقي الطفل من الوصول إلى حد الإشباع من أحد المعززات ، مما يديم اهتمامه ببرنامج تعديل السلوك .

١ / ٢ العقاب

إن أفضل طريقة للتعامل مع السلوكات غير المناسبة وغير الخطيرة هي في أغلب الأحيان تجاهل هذه السلوكات . فعلى سبيل المثال ، إذا ما تجاهل مدرس الأطفال الذين يصرخون مراراً خلال وقت الاجتماع ، وقام بدلاً من ذلك

بإعطاء فرصة الكلام للطلبة الذين يرفعون أيديهم . فمع مرور الوقت ، من المرجح أن يتعلم الأطفال الذين يصرخون بأنه يجب رفع أيديهم لدى رغبتهم بالكلام . وتسمى هذه العملية « الإقصاء » (Extinction) . فكما أشير في الفصل السادس ، فقد تكون الاستجابة الأولية للإقصاء تزايداً في السلوك غير المناسب . بالتالي ، لا يكون التجاهل استراتيجية ملائمة للسلوك العدواني أو التدميري .

في حالة حدوث السلوك التدميري أو العدواني ، فغالبًا ما تقتضي الضرورة اللجوء إلى طريقة العقاب . ومن طرق العقاب الفعالة مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة سحب الامتيازات والحرمان المؤقت . ومن الامتيازات الممكن سحبها من الأطفال في مثل هذه المرحلة استخدام لعبة ما أو مشاهدة التلفاز أو شريط فيديو ، والاستماع إلى قصة . وتشمل العقوبات الأخرى وجوب الرجوع إلى داخل المنزل في وقت مبكر ، ووجوب الذهاب للنوم باكراً . بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، تكون توابع السلوك أكثر فعالية عندما تتم فوراً عقب حدوث السلوك المشكل . فعلى سبيل المثال ، إذا ما تشاجر طفلان بسبب لعبة ، فيكون سحب اللعبة أكثر فعالية بكثير من الحرمان من وقت مشاهدة التلفاز لاحقًا في اليوم ذاته .

تم الحديث عن الحرمان المؤقت في الفصل الخامس . وعند استخدامه مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، فيجب شرح طريقة الحرمان المؤقت بلغة واضحة وبسيطة . ومن المفيد في أغلب الأحيان التمرن على استخدام طريقة الحرمان المؤقت قبل تنفيذها بالفعل حتى يعرف الطفل ما يتوجب فعله . إذ ينبغي إخضاع الطفل في هذه المرحلة للحرمان المؤقت لفترة زمنية أقصر من الأطفال الأكبر سنًا بحد أقصى مقداره دقيقة واحدة لكل سنة عمرية . وإذا ما استمر الطفل بالصراخ أو الانفعال مع نهاية الفترة الزمنية ، فيجب تطويل فترة الحرمان المؤقت إلى أن يبدأ الطفل بالهدوء .

وبغض النظر عن طريقة العقاب المستخدمة ، يجدر التذكير أن العقاب بمفرده قد يقلل من السلوك السلبي ، لكنه لن يُعلّم السلوكات المناسبة ، من هنا، يجب أن تتصاحب خطة إدارة السلوك التي تستخدم طريقة عقابية مع خطة للتعزيز الإيجابي للسلوك المناسب .

٢ ـ اعتبارات تربوية

من الملاحظ أنه يصعب جداً السيطرة على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة داخل الحجرة الصفية لروضة الأطفال . ويذكر أنه يتم طرد الكثير من هؤلاء الطلبة من برامج ما قبل المدرسة . من هنا ، قد تكون تجربة ما قبل المدرسة محبطة بالنسبة للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ولوالديه ولمدرسه في روضة الأطفال ، ويشعر جميع الأطراف في الغالب كما لو أن برنامج هذه المرحلة كان فاشلاً بالنسبة للطفل . مما يشعرهم باليأس من تعليم الطفل مستقبلاً .

تعتبر بيئات معينة في مرحلة ما قبل المدرسة أكثر دعماً للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من غيرها . ويمكن القول على وجه الخصوص بأن برنامج المرحلة التي تسبق دخول الطفل إلى المدرسة حيث تكون نسبة عدد الطلاب لعدد المدرسين صغيرة ، والذي يتمتع بجدول مواعيد يومي منسجم ومعروف ، والذي تتاح فيه إمكانية اختيار جدول نصف يومي ، وتتوفر فيه توقعات سلوكية واضحة ؛ هو برنامج مفضل بالنسبة للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويجب أن يوفر هذا البرنامج الإطار الخارجي الذي يحتاجه الطفل دون أن يكون صارماً في نشاطاته أو متطلباته الاعتيادية . وينبغي أن يدرك مدرسو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بأن كل الأطفال يتعلمون ويتصرفون على نحو مختلف . وينبغي عليهم أيضا إجراء التعديلات الضرورية لدعم تعلم ودعم سلوك كل طفل على حدة . فعلى سبيل المثال ، لا ينبغي أن يلتزم المدرس على نحو صارم بتوقعات سلوكية معينة لا يستطيع الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تحقيقها . (من

مثل وجوب جلوس كل الأطفال بهدوء لمدة عشرين دقيقة خلال وقت الاجتماع). بل ينبغي أن يكون راغباً في إجراء تعديلات لزيادة مقدرة الطفل على النجاح في بيئة الصف . (من مثل السماح للطفل بالمغادرة واللعب بهدوء بعد جلوسه لمدة عشر دقائق خلال وقت الاجتماع) .

يمكن استخدام التدخلات السلوكية بفعالية في صفوف مرحلة ما قبل المدرسة . فقد وجد أن الإجراءات التي تتضمن منح الأطفال قسائم لقاء اتباعهم القوانين أو حرمانهم من القسائم لقاء مخالفتهم للقوانين ، تقلل من السلوكات الفوضوية . وإذا ما حصل الطفل على العدد المطلوب من القسائم ، يستطيع بعد ذلك استبدالها بجائزة أكبر في آخر النهار .

٣ ـ التدخل الدوائي

يمكن في العديد من الحالات إدارة الصعوبات السلوكية لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عبر إرشاد الوالدين وتثقيفهم عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إلى جانب توظيف استراتيجيات إدارة السلوك وتحديد برنامج ناجح لمرحلة ما قبل المدرسة على الرغم من توظيف هذه التدخلات ، لكن يظل هناك بعض الأطفال يعانون من استمرارية فرط الحركة والاندفاعية وعجز الانتباه لديهم ، مما يسبب مشكلات متواصلة في علاقة الوالد والطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ، و/أو في مقدرة الطفل على الانخراط في علاقات أقران مناسبة وقابلة للتطور . بالتالي، يجب التفكير باللجوء إلى العلاج الدوائي لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة هؤلاء .

وجد أن العقاقير المنبهة من مثل ميثلفنيديت / ريتالين ، وعقار ديكسترو أمفتمين / ديكسدرين تقلل من فرط الحركة ، وتحسن السلوك أثناء المهمة ، وتحسن اتباع توجيهات الوالدين لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وقد تؤدي هذه التحسنات إلى تقليل عدد الاستجابات الأبوية السلبية والتحكمية على

سلوك الطفل . وإذا ما ترافقت العلاجات الدوائية مع إرشاد سلوكي ، فبإمكان تأثيرات العلاج الدوائي هذا أن تصبح ذات أهمية كبيرة في قطع دائرة التفاعلات السلبية أو القسرية بين الوالد والطفل . غير أنه على الرغم من هذه التأثيرات ، فقد بينت الدراسات بأن ما بين ٣٣٪ إلى أكثر من ٦٧٪ من والدي الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يرتؤون عدم مواصلة تناول أطفالهم للعقاقير المنبهة عقب انتهاء الدراسة .

أما أسباب هذه النسبة المرتفعة من الوالدين الذين يرتؤون عدم مواصلة تناول أطفالهم ممن هم في مرحلة ما قبل المدرسة العقاقير المنبهة فلم تتم دراستها على نحو جيد . غير أنه يرجح وجود عدة عوامل تسهم في ذلك ، إذ أنه غالباً ما تكون تأثيرات هذه العقاقير أكثر أهميّة في المواقف التي تفرض على الطفل مستويات مرتفعة من متطلبات الانتباه أو مستويات متدنية من النشاط والاندفاعية ، حتى إنه قد لا تكون التأثيرات ملحوظة في المواقف التي تنطوي على لعب حر . وحيث إنه يرجح أن يمضي الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة جل وقتهم في مواقف اللعب الحر ، فلا يكون للأدوية فائدة كبيرة . وحتى في المواقف المضبوطة ، فقد تكون هناك نسبة استجابة متدنية للمنبهات في مرحلة ما قبل المدرسة ، مقارنة مع الأطفال في مرحلة المدرسة . وقد تكون التأثيرات الجانبية مهمة أيضا ، فقد وجدت إحدى الدراسات أن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة كانوا عرضة للإصابة بحالة نفسية سلبية أو للانطوائية الاجتماعية لدى تناول العقاقير المنبهة ، بينما أفادت دراسات أخرى بوجود نسبة عالية من التأثيرات الجانبية . ويمكن القول في الختام أن العلاج السلوكي باستعمال العقاقير تتماثل درجة مقبوليته بالنسبة لوالدي الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ووالدي الأطفال ممن هم في مرحلة المدرسة .

وخلاصة القول أن المنبهات قد تكون عنصراً مهماً من رزمة علاج الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . من هنا ، ينبغي أن يتفق العيادون والوالدان مسبقًا

على ماهية السلوكات التي يتوقع أن يغيرها العلاج الدوائي . بعد ذلك ، تتم مراقبة سلوك الطفل ، وعادة ما تكون التأثيرات الجانبية بسيطة ومماثلة لتلك التي تحدث للأطفال في مرحلة المدرسة . من ناحية أخرى ، قد يكون الأطفال الصغار أكثر حساسية للتأثيرات السلبية للمنبهات على طبيعتهم المزاجيّة وتفاعلاتهم الاجتماعية ، خصوصاً في حالة تناول جرعات كبيرة .

أما العقاقير الأخرى المستخدمة لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الأكبر سناً ولدى المراهقين ، فلم تتم دراستها بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة .. غير أن الخبرة العيادية تشير إلى أن عقار كلونيدين أو غوانفسين يقلل من فرط الحركة والاندفاعية لدى بعض الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . ومع أن الوالدين غالباً ما يبلغون عن حدوث تأثير أولي إيجابي جراء تناول هذه العقاقير ، إلا أنه في معظم الحالات يبدو أن التأثير يتضاءل مع مرور الوقت . لمزيد من المعلومات عن هذه العقاقير ، يمكن الرجوع إلى الفصل التاسع . هذا ولا يوصى باستعمال مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة عموماً لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، بسبب الافتقار إلى البيانات التي تؤيّد فعاليتها . كما ويبدو أن الأطفال الأصغر سناً أكثر عرضة للإصابة بتأثيرات جانبية متعلقة بالقلب إذا ما تناولوا هذه الأدوية .

الخلاصة

يمكن الكشف عن الأطفال المصابين بعجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية، خلال فترة ما قبل المدرسة ، مما يسبب في الغالب ضيقاً شديداً لوالديهم ومدرسيهم . من هنا ، يتوجب تقديم الإرشاد السلوكي عند حدوث ذلك. ويمكن القيام بذلك إما عن طريق العيادي أو عن طريق الإحالة إلى مقدم رعاية صحة عقلية له خبرة في إدارة مشكلات سلوك ما قبل المدرسة . وقد تستمر مشكلات عجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية لمدة أكثر من سنة لدى فئة من

هؤلاء الأطفال . ويغلب أن تستمر هذه المشكلات لدى هؤلاء الأطفال حتى سن المدرسة ، فيكون بالتالي تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم أمرًا مناسبًا بالنسبة للعديد منهم . من ناحية أخرى ، قد يكون العلاج بالعقاقير المنبهة جزءًا مهمًا من خطة العلاج التي تنطوي على إرشاد وتدخلات تربوية . وقد لا تعتبر المنبهات تدخلاً فعالاً للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة فيما لو قورنت مع مدى فعاليتها على الأطفال ممن هم في سن المدرسة .

الفصل الثاني عشر

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين

الفصل الثاني عشر
اضطراب عجز الانتباه
وفرط الحركة لدى المراهقين

هناك جوانب تخص رعاية المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، سواءً أكانت ظاهرة إبان التقييم الأولي أو أنه تم تشخيصها في مرحلة الطفولة وظلت أعراضها مستمرة . هذا ولا تختلف المعايير المذكورة في الدليل الإحصائي والتشخيصي بالنسبة للمراهقين ، إلا عند احتمال إصابة المراهقين بالضجر وليس بالنشاط المفرط ، وفي احتمال انخفاض عدد الأعراض التى تصيبهم . وقد يحول المعيار المتعلق بالسن الذي تبدأ فيه الأعراض دون إجراء عملية تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في مرحلة الطفولة. من ناحية آخرى ، يجب أن تكون أعراض عجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية ظاهرة قبل سن السابعة ، وذلك حتى يتأتى اعتبار الحالة مزمنة . وتظل مصداقية هذا المتطلب العمري التجريبي موضع تساؤل . وقد تؤدي إلى تمييز اعتباطي ضد المراهقين الأكبر سناً والمصابين بالفعل باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . هذا وقد أيد بعض الباحثين وضع حد عمري أوسع قد يمتد إلى مرحلة الطفولة .

بالنسبة للطلاب الذين تم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم في المدرسة الإعدادية أو الثانوية ، فيشيع بينهم النوع الذي يسوده عجز الانتباه من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وعادة ما تكون نتائج اختبار الذكاء لديهم أعلى من المعدل . إضافة إلى ذلك ، عادة ما يواظب هؤلاء المراهقين ومدرسوهم على توفير الدعم والتنظيم لهم طوال السنوات الدراسية .

أما بالنسبة للمراهقين الذين تم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لديهم سابقاً ، فيرجح أن تستمر لديهم الأعراض ، بما في ذلك استمرار الصعوبات الأكاديمية والاجتماعية ، وتفاقم النزاعات بين الوالد والطفل : من جانب آخر ، كثيراً ما تبرز الاضطرابات النفسية المصاحبة في بداية مرحلة المراهقة . هذا وتشمل المشكلات المتعلقة بالمراهق المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ما يلي : العجز عن إنجاز الأعمال المدرسية أو قصور الدافعية للقيام بذلك وضعف التنظيم ، والنزعة نحو المماطلة في إنجاز الأعمال ، وتدني التحصيل ، والفشل في المدرسة ، والتهرب من المهمات ، وترك المدرسة ، وظهور اضطرابات مصاحبة (من مثل الكآبة ، واضطرابات الحصر النفسي ، واضطراب السلوك ، وعدم الالتزام بالقوانين الأبوية والمدرسية ، وصعوبات في إقامة الصداقات أو المحافظة عليها ، ومصادقة أقران غير مرغوبين) .

أ ـ تقييم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والاضطرابات المصاحبة لدى المراهقين

على الرغم من وجود دليل واضح على استمرارية أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة حتى مرحلة المراهقة والرشد ، فحتى نهاية الثمانينات وبداية التسعينات كان هناك ندرة في الأبحاث المتعلقة بتقييم وعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لما بعد مرحلة الطفولة . هذا وقد قامت « الأكاديمية الأميركية للطب النفسي للأطفال والمراهقين » بنشر دراسة تحوي خلاصة الأدبيات العيادية والعلمية . وحددت هذه الدراسة نطاق تقييم وعلاج الأطفال والمراهقين والراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ويتشابه هذا الاتجاه في التقييم الذي تتبناه الأكاديمية مع العملية المشروحة في هذا الكتاب ، من حيث إجراء مقابلات عيادية مع الطفل أو المراهق ووالديه ، وجمع بيانات مقاييس تقدير معيارية من الوالدين والمدرسين ، واستعراض السجلات الطبية والمدرسية. كما يوصى بتسجيل ملاحظات طبيعية عن الطفل والمراهق

داخل الحجرة الصفية وفي بيئة أقل تقييداً ، مع أن ذلك غالباً ما لا يكون عملياً. ويوصى أيضا باجراء إختبار نفستربوي لدى الشك بوجود صعوبات تعليمية يحتمل أنها تفاقم أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، كما يوصى بإجراء اختبار عصبي نفسي أكثر شمولاً ، فهو يعتبر مفيداً غير أنه ليس ضرورياً للتشخيص.

قد يتم الخلط بين اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين وعدد من الاضطرابات المعرفية والطبية والعقلية . وقد تتصاحب هذه الاضطرابات مع اضطرابات عجز الانتباه وفرط الحركة بالنسبة للمراهقين ، إذ أنه من المعروف وجود اضطرابات لغوية أو اضطرابات في معالجة المعلومات الأساسيّة ذات صلة مع اضطرابات سلوكية وطبية عقلية متنوعة ، بما فيها اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فعلى سبيل المثال ، في عينة شملت ثلاثين طالباً مصابين باضطرابات المعالجة السمعية المركزية ، وجد ريكسيو (Riccio) ورفاقه أن ٥٠٪ منهم حققوا أيضا المعايير التشخيصية الصارمة المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتتراوح النسب المعلن عنها المتصلة بمصاحبة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع صعوبات تعليمية محددة - في القراءة أو الرياضيات ، أو اللغة الكتابية - بين ١٠٪ إلى ٩٢٪ ، ويعود ذلك في معظمه إلى التفاوتات المنهجية في تعريف « الصعوبة التعلمية » . أما عملية الفصل بين أعراض الصعوبات التعليمية وأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فبإمكانها أن تبرز تحديات عملية ، غير أنها في النهاية تساعد في إجراء تدخل علاجي أكثر تحديداً . هذا وقد دلت عدة دراسات قياسينفسيّة وعصبينفسيّة على أن الطلبة ذوي اضطرابات القراءة ينزعون إلى إظهار صعوبات في المهمات المتصلة بالأصوات الكلامية - الفونولوجيا - وباللغة ؛ في حين أن الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يظهرون صعوبات أكثر في الاختبارات التي تقيم الأداء الوظيفي التنفيذي والذاكرة العملية .

أكثر الاضطرابات السلوكية والطبية العقلية المصاحبة شيوعًا بالنسبة للمراهقين هي : الاضطرابات الخارجية العدوانية من مثل اضطراب المقاومة العدواني ، واضطراب السلوك (التصرّف) ، والاضطرابات الداخلية الوجدانية، بما فيها اضطراب الاكتئاب الأساسي والديستميا (Dysthemia) [اضطراب نفسي متعلق بالكآبة المزمنة جدًا] ، والاضطراب الوجداني العام ، واضطراب الهواجس القسرية . وقد تركز الاهتمام على التداخل بين اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، والاضطراب الطفولي المزدوج (Pediatric Bipolar Disorder) . إذ أشارت الدراسات التشخيصية إلى إمكانية وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع اضطرابات داخلية (اضطراب الكآبة الأساسي والاضطراب الوجداني والاضطراب المزدوج ، على وجه التحديد) . وهو ليس مجرد نتاج تشخيصي لهذه الاضطرابات .

يعاني المراهقون المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في الغالب من مشكلات في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة عمريًا وذلك لعدة أسباب . فقد تسبب لهم سلوكاتهم الاندفاعية و/أو المتعلقة بعدم الانتباه وصمة، فيصبحون معرضين كثيرًا للإصابة باضطرابات داخلية أو خارجية أخرى مصاحبة ، مما يمعن في إبعادهم عن أقرانهم . كما أن هناك فئة أخرى من الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذين يبدو أنهم يظهرون صعوبة اجتماعية واضحة . ويشار إلى هؤلاء الطلبة بمصطلح « إعاقة اجتماعية » ، أو إعاقة تعلمية غير كلامية (Nonveobal LD) . ويحصل هؤلاء الأطفال بطبيعة الحال على نتائج أداء أدنى من نتائج اختبار الذكاء اللفظي ، إضافة إلى صعوبة شديدة في المهارات البصرية ـ المكانية (Visuospatial) ، وضعف في القدرات الرياضية ، وعجز في الحركات الدقيقة . وتجدر الملاحظة أنه بالنسبة لهؤلاء المراهقين ، يستبعد لديهم حدوث متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) والتوحد ذي الأداء الوظيفي المتقدم (High - functioning Autism) .

ب ـ التدخلات غير الصيدلانية للمراهقين

تعتبر مرحلة المراهقة فترة عصيبة على وجه الخصوص بالنسبة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وذلك لأسباب مختلفة . فهي فترة قد يُجابه فيها الطالب وأسرته التي توجهه باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة إضافة إلى مواجهة تحديات المراهقة الاعتيادية ، كما أن هناك صعوبات إضافية في حالات الانتقال المدرسية ، وتزايد في حجم وتعقيد العمل المدرسي ، وفي تعلم قيادة السيارات ، وإدارة الأمور الاجتماعية بما في ذلك العلاقات مع الجنس الآخر ، وفي تجنب الإدمان على العقاقير الدوائية وسوء المعاملة ، وفي الحصول على عمل مؤقت ، وفي توظيف الحكمة السديدة لتعزيز عملية اتخاذ القرار باستقلالية ، واتباع أسلوب صحي في الحياة بما في ذلك التحلي بالفردية الإيجابية . من هنا ، نستطيع القول أن الإرشاد والتدخلات التربوية بإمكانها أن تجعل هذه التحديات أقل إحباطاً .

١ ـ الإرشاد

غالباً ما تبدأ مرحلة المراهقة حول سن العاشرة ، وذلك خصوصاً مع تزايد مشكلات المقاومة ومشكلات علاقة الوالد والطفل . فالرغبة في زيادة الاستقلالية وتضارب عواقب هذه الاستقلالية قد تكون حادة على وجه الخصوص بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذين كان الراشدون ، وخصوصاً الوالدان ، يديرون أمورهم بحكم الضرورة منذ الصغر . وغالباً ما ينشأ توتر بين المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مما يبرز الحاجة أكثر فأكثر لإشراف ومشاركة أبوية حثيثة ، غير أن احتياجاتهم هذه لا تضعف رغبتهم بالاستقلالية . ويعتبر السلوك غير اللائق مشكلة رئيسة شائعة في المنزل لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . أما بالنسبة لطرق إدارة السلوك التي قد كانت ناجعة جداً في السابق فيما يتعلق بالمشكلات المنزلية ، فقد لا تكون فعالة في

هذه المرحلة . إذ أن هذه فترة قد تحتاج فيها الأسر إلى الشروع في تلقي الإرشاد - أو استئنافه - مع اختصاصي صحة عقلية له خبرة في التعامل مع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين . يهدف هذا الإرشاد إلى طرق الجوانب التالية :

* تحديد أدوار كلا الوالدين إبان الإدارة اليومية .
* مساعدة الوالدين على دعم أحدهما الآخر وعلى تحقيق الانسجام بينهما فيما يتصل بالتقيد بالقوانين .
* تعديل طرق إدارة السلوك حتى تعكس مرحلة البلوغ والنضج المتزايدة لدى الطفل ورغبته في الاستقلالية .
* إشراك الطفل إلى درجة كبيرة في تطوير نظام إدارة السلوك عبر وسيلة عقد الإتفاقات .
* زيادة العمل الفردي مع الطفل من أجل الشروع في استراتيجيات الإدارة الذاتية .

تنطبق العديد من اتجاهات الإرشاد المطروحة في الفصل السادس على وضعية المراهقين أيضا . ويمكن تكييف طرق إدارة السلوك وفقًا لوضعية المراهقين عن طريق إشراك المراهق في مرحلة التخطيط (من مثل الاتفاق على اختيار السلوكات المستهدفة والمعززات) ، وعن طريق استخدام امتيازات لتعزيز لسلوك المسؤول (من مثل منح المزيد من الاستقلالية في استعمال سيارة الأسرة للذهاب للمواعيد) ، وعن طريق تعليم المراهق استراتيجيات الإدارة الذاتية . وقد تتضمن استراتيجيات الإدارة الذاتية تطوير طريقة منظمة لإنجاز الواجبات البيتية والمهمات الأخرى ، إضافة إلى تطوير طريقة حل المشكلات في المواقف الاجتماعية والمواقف المشكلة الأخرى (من مثل الاستجابة لذوي السلطة ، ومقاومة الإغراءات المقدمة من أقران غير مرغوبين) ، وتطوير

استراتيجات للتحكم بحالات الغضب أو القلق . ويشار إلى هذه الإتجاهات أحيانًا « بمصطلح » « معالجة معرفية » (Cognitive Therapy) ، وذلك لأنها تتضمن تعديل الطريقة التي يفكر فيها الفرد ويحلل فيها الموقف من أجل تغيير الطريقة التي يستجيب بها .

ويعتبر عقد جلسات للمعالجة الفردية ، إضافة إلى الإرشاد السلوكي للأسرة أمرًا أكثر ملاءمة على وجه العموم للمراهقين من الأطفال الأصغر سنًا، إذ أن المراهقين عمومًا ما زال يثقل كاهلهم عبء وجداني منذ فترة أطول. بالتالي، فقد يحتاجون إلى دعم وجداني واستراتيجيات علاج للحصر النفسي و/أو الكآبة إضافة إلى علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك حتى يتأتى لهم تحقيق تقدم ذي معنى . ويمكن القول ختامًا أن النزاع المعهود بين الوالد والطفل الذي يحدث خلال سنوات المراهقة عادة ما يتضاعف لدى الأسر ذات الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مما يولد الحاجة للأسرة لتلقي الإرشاد وذلك لوضع الأساس لاتجاهات إدارة السلوك الفردية الناجحة .

٢ ـ التدخلات التربوية

غالبًا ما يعاني الطلبة المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من صعوبات متزايدة خلال مرحلة المدرسة المتوسطة والعليا . ويعزى ذلك إلى عوامل تتعلق بجدول المواعيد (من مثل الزيادة في تعقيد جدول المواعيد ، ووجود صفوف وحصص مختلفة ، وتعديلات متكررة في الحجر الصفية ، وجدول المواعيد). كما يعزى ذلك أيضا إلى عوامل تتعلق بالتدريس (من مثل زيادة عدد المدربين مع وجود أساليب توقعات مختلفة لكل منهم ، ونقص الوقت المخصص للانتباه الفردي ، وتزايد في عملية تدوين الملحوظات ، والتعلم من خلال المحاضرات) . وهناك أيضا عوامل أكاديمية تسبب مثل هذه الصعوبات (من مثل المتطلبات المتعلقة بسرعة القراءة والاستيعاب ، وطول الواجبات الكتابية، وزيادة في الفروض طويلة الأمد ، إضافة إلى المتطلبات المتعلقة بالأبحاث وتنظيم

الواجبات) . وليس مستغرباً ، للأسف ، أن يصاب هؤلاء الطلبة بالإحباط ويتجنبوا القيام بالواجبات أو يرفضوا القيام بها ، وخصوصاً بالنسبة للطالب الذي يعاني من صعوبات مصاحبة متصلة بالقراءة أو الكتابة . من هنا ، يتوجب على الوالدين التنبه لحدوث مشكلات دراسية قبل أن يتدهور الموقف إلى تلك الدرجة ، ذلك لأن عملية إذكاء الدافعية والطواعية لدى الطالب يعتبر أمراً صعباً في هذه المرحلة . ومن المفيد تقديم إرشاد مسبق للوالدين حول طرق محددة لتقليل تأثير تعقيد جدول المواعيد والتدريس والعوامل الدراسية ، وذلك قبل الانتقال إلى المدرسة المتوسطة .

يعتبر طلبة المدارس المتوسطة والعليا مؤهلين لتلقي أنواع التدخلات العلاجية في بيئة المدرسة والتي تم شرحها في الفصلين السادس والثامن ، إذ أن هناك احتمالية أن يستفيدوا منها . مع ذلك ، قد تقتضي الضرورة أو الفائدة إجراء بعض التعديلات ، وذلك بسبب اختلاف بنية المدرسة واختلاف أنواع العمل المطلوب . هذا ويتضمن الفصل السادس قسماً مخصوصاً بالتدخلات التربوية المتعلقة بالمراهقين .

يجب أن يكون تعليم المهارات التنظيمية ومهارات الدراسة جزءاً مهماً من التدخل التربوي المخصص لطالب المدرسة المتوسطة والعليا ، وقد تكون المساعدة في المهارات الدراسية جزءاً من برنامج التعليم الفردي (IEP) . وقد تكون متاحة في المدرسة على نحو غير رسمي ، أو قد تتاح إمكانية الحصول عليها عن طريق مدرس خاص . وكثيراً ما تقدم هذه الخدمة من خلال برامج « مراكز التدريب التجارية » . وتتضمن المهارات التنظيمية المتعلقة بالأعمال المدرسية تطوير طريقة لمتابعة المواد الضرورية ، وتتضمن أيضا وسائل تنظيم التعامل مع المقررات وتدوين الملحوظات . فعلى سبيل المثال ، يحتاج الطالب إلى تعلم كيفية وضع الأهداف المناسبة ، وتقسيم الواجبات المنزلية الطويلة إلى أقسام يمكن التعامل معها ، وإنجاز وظيفة كتابية ، وتدوين ملحوظات من

محاضرة أوفصل من كتاب ، والاستعداد الدراسي للاختبارات .

جـ ـ العلاجات الدوائية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى المراهقين

تزايد استخدام العقاقير المنبهة خلال التسعينات ، وخصوصاً بين المراهقين. إذ أن حوالي ٤٪ من طلبة المدارس المتوسطة و ١٪ من طلبة المدارس العليا في الولايات المتحدة كانوا يتناولون الريتالين في عام ١٩٩٥ . هذا وقد شملت معظم الدراسات المتصلة بتأثيرات العلاج الدوائي وأعراضه الجانبية على مدى السنين مراهقين صغار وأطفال في سن المدرسة ، من دون تحليل المخرجات وفقاً للعمر. واستناداً للدراسات التي انحصرت بالمراهقين فقط ، يظهر أن نسبة الاستجابة الإيجابية لدى المراهقين تتشابه مع نسبة الأطفال الأصغر سناً ، وربما تكون أقل إلى حد ما . حيث إن هناك صعوبة معينة في عقد مقارنات مباشرة وذلك بسبب تباين معايير الاستجابة الإيجابية ودرجتها فيما بين الدراسات . على أي حال ، ينبغي اعتبار المنبهات العلاج الدوائي الأولي بالنسبة للمراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة غير المعقد . وفي حين تتناقص سرعة تأيض مادة الميثيلفندينت (الريتالين) حسب العمر ، فإن بعض المراهقين يحتاجون جرعات تصل إلى ٨٠ ملغم ـ ١٢٠ ملغم كل يوم وذلك حتى ينجح العلاج . ويجب الأخذ بعين الاعتبار تأثيرات العقار وأعراضه الجانبية لدى تحديد الجرعات . من ناحية أخرى ، يرتبط تناول مادة بيمولين المغنسيوم بحالات الفشل الحاد للكبد مما يؤدي إلى الوفاة أو إلى الحاجة لزراعة الكبد وذلك بالنسبة لعدد قليل من الأطفال والمراهقين والراشدين، هذا على الرغم من فعاليته والقدرة على تحمله من قبل المراهقين . بالتالي ، يرجح أن يقل استخدام هذه المادة إلى أن يتم الكشف عن عوامل الخطورة لهذا التأثير العكسي .

وقد تبين أن لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة تأثيرات إيجابية كبيرة ، وذلك

وفقًا للدراسات التي شملت المراهقين . هذا وقد عقدت مقارنة مباشرة بين فعالية عقار منبه وعقار مضاد للاكتئاب ثلاثي الحلقة في عدة دراسات أجريت على الأطفال ، وشمل بعضها المراهقين دون أن تقتصر أي منها على هؤلاء المراهقين على وجه التحديد . وتتباين النتائج بين هذه الدراسات ، غير أن غالبيتها قد أفادت بزيادة فعالية المنبهات ، من جانب آخر فإن استخدام مضادات الكآبة ثلاثية الحلقة قد يحدث تأثيرات متعلقة بالأوعية الدموية بما فيها تزايد سرعة نبضات القلب ، وضغط الدم ، وتغيرات في التخطيط الكهربائي للقلب (انظر الفصل الثامن) . لذلك تنبغي مراقبة هذه التأثيرات وذلك على الرغم من عدم احتمالية كونها أكثر تكرارًا أو إشكالية لدى المراهقين منها لدى الأطفال الأصغر سنًا . لكن تظل الوفاة الناتجة عن زيادة جرعة العقار المضاد للكآبة ثلاثي الحلقة أمرًا مقلقًا على الدوام .

بالنسبة للدراسات التي تمت على عقاقير أخرى والتي أثبتت ، في أقل الأحوال ، وجود فعالية لها ـ إلى حد ما ـ في علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فقد شملت المراهقين ولكن دون أن تجري تقييمًا مستقلاً لهم . فقد يكون لمثبطات إعادة امتصاص السيروتنين (SSRI) فائدة في حالة وجود اضطرابات مصاحبة . إضافة إلى ذلك ، قد يكون للمهدئات النفسية (Mood Stablisers) فائدة في حالات المس لدى الأحداث والعدوانية. وقصور السيطرة العرضي (Episodic Dyscontrol) . ويذكر أن هناك فائدة محتملة لعقار إيفكسور (Effexor) لعلاج الكآبة وذلك على الرغم من عدم دراسته على نحو واسع منذ عام ١٩٩٨ لمعرفة تأثيره على الأطفال أو المراهقين .

د ـ شؤون تخص المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

١ ـ الصحة والسلامة

تشير الدراسات إلى أن الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أكثر عرضة لتلقي مخالفات السرعة الزائدة على الطرق وحجز رخص القيادة خاصتهم ، والضلوع في حوادث سيارات على الطرق . فلدى إجراء تجارب مقاربة حاسوبية لقيادة السيارة ، تبين ضعف مهارات القيادة لدى هؤلاء الأفراد (من مثل مهارة ملاحظة الإشارات الضوئية) ، وضعف السيطرة على عجلة القيادة (من مثل القيادة المتعرجة) . غير أن معرفتهم بقوانين قيادة السيارات ومهارات القيادة ليست أقل من الحد الطبيعي . كما يعتبر المراهقون ـ وصغار الراشدين ـ المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطراب المقاومة العدواني ، أو اضطراب السلوك أكثر عرضة لعواقب ضعف مهارة القيادة من أولئك المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بمفرده. من هنا ، قد يكون من المهم تنفيذ برامج إدارة سلوك تركز على سلوك القيادة وعلى الاستخدام المسؤول للسيارة . وقد يرتئي بعض الوالدين تقييد استعمال السيارة مبدئياً ، مع إتاحة تزايد استعمالها استجابة لإظهار السلوك الملتزم . وبمقدور الوالدين أيضا وضع قوانين لزيادة اليقظة والتنبه إلى الحد الأقصى وتخفيض التشتت إلى الحد الأدنى . فعلى سبيل المثال ، قد يكون تشغيل الموسيقى مفيداً أو مضراً لطفل معين ، غير أن تغيير المحطات الإذاعية أو استعمال هاتف السيارة خلال القيادة يرجح أن تكون مصادر تشتت خطرة بالنسبة لكل المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد يرغب الوالدان أيضا بتحديد عدد ركاب السيارة ، إضافة إلى تعليم المراهق إبلاغ ركاب السيارة بما يمكنهم القيام به ، أو الامتناع عنه وذلك للحد من مصادر التشتت . وهناك طريقة إضافية لتشجيع الوالدين للقيادة المسؤولة ألا وهي اتباع سياسة

« عدم العقاب » بغض النظر عن أي ظروف أخرى في حالة كونهم ركاباً مع شخص يقود السيارة على نحو غير مسؤول .

يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة خصوصاً إذا ما ترافق ما اضطراب سلوك واضطراب كآبة واضطراب وجداني ، مؤشراً على الشروع المبكر بتدخين السجائر . ففي دراسة أجراها ميلبيرجر (Milberger) ورفاقه ، تبين أن ١٩ ٪ من الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة شرعوا بالتدخين ، مقابل ١٠٪ من الأطفال والمراهقين غير المصابين بهذا الاضطراب . من هنا ، يتوجب على العياديين تقديم إرشاد مسبق حول التدخين عندما يصبح عمر الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ما بين ١٢ - ١٣ عاماً ، وذلك لأن ٢٥ ٪ من المدخنين ، وفقاً للدراسة ، بدأوا التدخين قبل بلوغهم سن الخامسة عشر . من جانب آخر ، تبين أن تدخين السجائر خلال فترة الحمل يزيد من خطر الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، حتى لو تم التحكم بهذا الاضطراب لدى الأم . بالتالي ، قد تكون الأمهات المصابات باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واللواتي يدخن السجائر خلال فترة الحمل أكثر عرضة لولادة طفل مصاب بالاضطراب ذاته مما هو متوقع بالنسبة لهن من الناحية الوراثية .

يعتبر النشاط الجنسي الميدان الآخر الذي يبدو أن المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يخفقون فيه . حيث تشير دراسة متابعة طويلة الأمد مازالت قيد الإعداد أن لدى المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بخلاف المجموعة الضابطة عدداً أكبر من الشركاء ، وأنهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض جنسية ، بالإضافة إلى حصول عدد أكثر من حالات الحمل غير المرغوب فيه .

ويعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، في أغلب الأحيان ، عامل خطر للإدمان على العقاقير . غير أنه يبدو أن اضطراب السلوك المصاحب ، أو

الاضطراب المزدوج المصاحب يعتبران عوامل ميسرة لحصول ذلك خلال مرحلة الطفولة . ولا يعتبر اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في حد ذاته عامل خطر لدى الراشدين ، ويشير ذلك إلى أن الزيادة في نسبة حالات الإدمان على العقاقير تتم في مرحلة المراهقة المتأخرة أو مرحلة الرشد المبكرة . ولا توجد هناك تقريباً أية أبحاث متعلقة بالخلط بين المنبهات المقررة والعقاقير الترويحية . وتعتبر الماريجوانا (Marijuna) المخدر الأكثر شيوعاً بين المراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فهي مادة مؤثرة على الأعصاب الوسط دماغية المفرزة للدوبامين (Mesolimbic Dopamine System) ، وهذه منطقة مهمة أيضا لنشاط العقاقير المنبهة ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة . من هنا ، يتضح وجود أساس عصبي حيوي لحصول تفاعل بين هذه المواد وذلك على الرغم من عدم دراسة أو إثبات هذا الأمر على نحو شامل . وتشير تقارير الحالات إلى احتمال كون الأفراد الذين يدخنون الماريجوانا خلال فترة تناولهم لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أكثر عرضة للتسمم وتغيرات في الحالة العقلية، وتسارع نبضات القلب (Tachycardia) . فضلاً عن ذلك ، ظهرت تقارير مماثلة تفيد بزيادة الإحساس بالتسمم إلى درجة الإصابة بالهلوسة أو الأوهام لدى المراهقين الذين جمعوا بين الماريجوانا والمنبهات . بالتالي ، ينبغي إبلاغ المراهقين بإمكانية حدوث تأثيرات جسمية وعقلية إضافية غير مواتية وذلك لدى الجمع بين عقارين منبهين (من مثل استخدام الأمفيتامين أو الكوكائين مع منبه أو مضاد للاكتئاب تم وصفه) . أو قد يحدث ذلك أيضا لدى الجمع بين منبه ومادة مسكنة (من مثل الكحول) مما يسبب تأثيرات جسمية أو عقلية غير معروفة .

يعتبر موضوع الاستعمال غير السليم للمنبهات الموصوفة مشكلة خطيرة . أما مدى انتشار هذه المشكلة فما زال غير واضح . غير أن العياديين المعنيين بالمراهقين الذين يتناولون المنبهات لعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لا

يعتقدون عموماً بأن هؤلاء الطلبة يسيؤون استعمال هذه العقاقير . من جانب آخر ، من المعقول أن يتم الاستفسار من المراهقين عن تجربتهم المتعلقة بهذه المسألة . ويمكن إثارة الموضوع ضمن إطار عام متعلق بالقبول الاجتماعي لعلاجهم الدوائي : من مثل : « هل تواجه أية مشكلات متصلة بتناول الدواء في المدرسة ؟» « ما هو موقف أصدقائك والطلبة الآخرين من ذلك ؟» « هل طلب أحد منهم الدواء منك ؟» . وتعتبر هذه القضايا ميداناً آخر ينبغي على الوالدين والعياديين الاستفادة منه لتقديم إرشاد مسبق . وربما يكون ذلك على شكل إتخاذ أدوار تمثيلية تركز على الاستجابات المناسبة في حالة محاولة أحدهم طلب تناول دواء المراهق أو شراءه . من ناحية أخرى ، ينبغي على كل العياديين الذين يصفون هذه العقاقير الاحتفاظ بسجلات تجعلهم يعرفون عدد الوصفات الدوائية التي طُلبت . أما في حالة تقديم طلب الحصول على وصفة قبل الموعد المقرر ، فيجب على العيادي التأكد من سلامة الوضع . إذ قد يقوم الوالد في بعض الأحيان بتناول العقار بنفسه ، أو يقوم بتقديمه إلى أحد الإخوان ، أو يحتمل وجود مشكلة في تناول الدواء في المدرسة لم يتمّ تفسيرها على نحو سليم .

٢ ـ تأثير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على الالتحاق بالكلية

يعتبر التعليم لما بعد المرحلة الثانوية مسألة مهمة بالنسبة للعديد من الأسر التي لديها طفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ يتمثل أحد الأسئلة في تقرير هل سيلتحق الفرد مستقبلاً بالكلية أم لا . فهناك عدة عوامل تدخل في هذا القرار ، منها الرغبة في مواصلة الدراسة ، والإتقان الكافي للمهارات المطلوبة مسبقاً ، وإدراك الحاجة والرغبة لتعزيز الإدارة الذاتية . فكل هذه الأمور تعتبر متطلبات أساسية لتحقيق النجاح في مرحلة الدراسة في الكلية. وقد يشعر العديد من الطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أنهم بحاجة إلى «فترة استراحة» عقب الانتهاء من مرحلة المدرسة ، من

دون أن تتوافر لديهم أهداف مستقبلية واضحة وذلك مع رغبتهم في الالتحاق بالكلية في نهاية المطاف . وقد يلتحقون بالعمل ، أو يلتحقون بمدرسة تقنية أو بكلية مجتمع ، أو يمارسون هواية على نحو أكثر عمقًا كوسيلة لتقصي خيارات العمل المتاحة . بالتالي ، قد يرغب العياديون في مساعدة الأسرة على إدراك أن تأخير الالتحاق بالكلية قد يتيح لهم في بعض الحالات فرصة قد تكون أكثر نجاحًا .

• وهناك اعتبارات أساسية ينبغي التفكير بها لدى اختيار الكليات لغايات الإلتحاق بها . وتشمل هذه الاعتبارات حجم الكلية ، وبعدها عن المدرسة ، ونسبة عدد المدرسين إلى عدد الطلاب ، ومدى توافر تسهيلات تعلم فردية . هذا وينبغي حث الوالدين والطلبة بقوة على استكشاف إمكانات الدعم الأكاديمية والاجتماعية المتاحة للطلبة المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة و/أو بإعاقة تعلمية . إذ تضم عدة كليات وجامعات برامج خاصة تشمل في العادة إشرافًا دراسيًا وتنظيميًا إضافيًا ومساعدة في المهارات الدراسية . وتعتبر هذه البرامج ذات فائدة عظيمة للطالب المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذي قد يواجه صعوبة أكبر من الطالب العادي في التكيف مع البرامج الدراسية الأقل تنظيمًا في مرحلة التعليم التي تعقب المرحلة الثانوية . إضافة إلى ذلك ، إذا ما قام المرشدون المقيمون في سكن الطلاب بتقديم مساعدة لهم من خلال إرشادهم وتوفير زميل مرافق لهم ومساعدتهم على نحو غير رسمي في اتخاذ القرارات الشخصية ، فيمكن أن يفيد ذلك في تحقيق التكيف الشخصي والإجتماعي الناجح ، من ناحية أخرى ، يطلب أغلبية الإداريين إثباتًا على وجود عجز انتباه أو صعوبة تعليمية لدى الطالب . وقد يقتضي ذلك تقديم تقرير حديث عن حالة الطالب ، مع إمكانية إجراء تقييم إضافية لوضعية الطالب وذلك حتى يتأتى تقديم مجموعة من التعديلات الممكنة لمثل هذه الحالات .

يشيع جدًا بين طلبة الكلية عدم إفصاحهم ، للأسف ، عن مشكلاتهم

التعلمية أو مشكلات الانتباه لديهم ، وذلك لأنهم يخشون عدم قبولهم في الكلية أو يخشون حرمانهم من المساعدة المالية أو من الفرص الأخرى . وفي حالة حدوث أزمة ، من مثل الإخفاق في اختبار أو في الرسوب في مادة ، قد يبرز الطلبة و/أو والدوهم وثائق تثبت وجود الاضطراب لديهم مطالبين بالحصول على خدمات فورية . غير أن هذا يخلق مشكلة غير متوقعة وغير مسوّغة للكلية ولأعضاء هيئة التدريس . بالتالي ، تطلب العديد من الكليات الآن من الطلبة الإفصاح عن اضطراباتهم التعلمية واضطرابات الانتباه عند قبولهم في تلك الكليات أو قبل تسجيل مادة دراسية صعبة أو ذلك للاستفادة من التعديلات المتاحة .

د ـ التحدث إلى المراهقين عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة

من الضروري جداً أن يتم إشراك المراهق في عملية التقييم واتخاذ القرار والعلاج ، وذلك لتحقيق مخرجات علاج فعالة . إذ ينطوي أحد جوانب مرحلة المراهقة الطبيعية على تزايد وعي الفرد لصحته الجسمية والعقلية وعلى تحمل الفرد مسؤولية صحته وسلوكه . وقد تكون هذه العملية صعبة على وجه الخصوص بالنسبة للمراهقين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويعود ذلك جزئياً إلى الأعراض الأساسية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، وإلى السيطرة المفرطة عليهم التي يغلب إن اقتضت الضرورة قيام الوالدين والمدرسين بها خلال مرحلة الطفولة . من هنا ، يرجح أن تكون إمكانية الاستقلالية في مرحلة الرشد مرغوبة ومخيفة في الوقت ذاته بالنسبة للمراهق الذي ترعرع في بيئة تعوّد أن يجد فيها ملابسه مطوية وحقيبته منظمة وبرنامجه مكثفاً ونشاطاته المقررة مكتوبة على لوحة مزينة على الثلاجة . بالتالي، قد يؤدي ذلك إلى وجود علاقات متضاربة على وجه الخصوص بين الوالد والمراهق .

يفترض ، في الوضع المثالي ، أن يكون عيادي الرعاية الأولية شخصاً راشداً موثوقاً وموضوعياً بالنسبة للمراهق ، حيث يكون العيادي قد أقام علاقة

ألفة مع المراهق طوال فترة طويلة تميزت بالاحترام لهمومه ومعالجتها . فمن الأمور التي يكون لها فائدة جمة في إنشاء علاقة ناجعة مع المراهق قضاء بعض الوقت للحديث على انفراد مع المراهق أو مع من هو مقبل على مرحلة المراهقة فيما يتصل بآرائه بكيفية سير أموره في المدرسة ، ومع مدرسيه ووالديه وأقرانه وإخوانه ، وفيما يتصل بحالاته النفسية وسلوكه وعلاجه الدوائي . وقد تفيد هذه الألفة في توفير معلومات مهمة لا يقدمها ، أو لا يعرفها الوالدان . أما الوقت الأمثل لذلك فيجب أن يكون خلال التقييمات الأولية وزيارات المتابعة . وقد تقتضي الضرورة في فترة ما وبناءً على تقدير العيادي لبعض الظروف الفردية المتعلقة بكل المراهقين ، مناقشة مواضيع النشاط الجنسي والتدخين وتناول الكحول والمخدرات الأخرى ، وذلك من أجل تقديم معلومات تساعد المراهق في اتخاذ قراراته المتصلة بالحفاظ على صحته . أما في حالة تقديم المعلومات على نحو مستقل ، فتبرز مواقف يضطر فيها العيادي إلى تسهيل عملية مشاطرة هذه المعلومات بين الوالد والمراهق وذلك من أجل الشروع في حل المشكلة على نحو كاف .

بالنسبة لمناقشة فعالية العلاج الدوائي وتأثيراته الجانبية ، فيتم إجراؤها عمومًا مع الوالد والمراهق معًا وذلك حتى تتأتى أقصى فائدة منها . ويأتي هذا الإجراء بسبب عدم خصوصية المعلومات المطروحة عادة بالنسبة للمراهق ، بالإضافة إلى كونها في الغالب ميدانًا للخلافات بين الأطراف المعنية . ففي أغلب الأحيان ، يدرك الوالد فعالية العلاج الدوائي ، بينما لا يدرك المراهق ذلك . من جانب آخر ، يرغب المراهق أحيانًا في وقف الدواء بسبب تأثيراته الجانبية والتي لا يدركها الوالد أو أنه لا يعتبرها كبيرة لدرجة تفوق مزايا العلاج الدوائي. من هنا ، يغلب حدوث القلق (Dysphoria) ، والانطواء الاجتماعي ، وقصور العفوية في التصرف في المواقف الاجتماعية والصحية ، والافتقار إلى روح الدعابة والمرح . وقد تصعب عملية وصف هذه التأثيرات ، خصوصًا بالنسبة للطفل غير

الماهر كلامياً . كما أنها تعتبر في الغالب مشكلة عصيبة بالنسبة للمراهق ، لم يألفها الوالدان ، وقد تكون أساس الصراعات بين الوالد والطفل المتعلقة بطواعية تناول العقار الدوائي . كما أن الوصمة المتصلة بالذهاب إلى عيادة التمريض لتناول عقار اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تعتبر أمراً حقيقياً بالنسبة للمراهقين والأطفال الأصغر سناً كذلك . إضافة إلى تقديم اقتراحات لموظفي المدرسة متعلقة بكيفية التعامل مع هذه الحالة على نحو حساس ، فقد تقتضي الحاجة استعمال عقاقير أو اللجوء إلى جميات خاصة . وإذا كانت الخلافات منصبة على مدى فعالية الدواء وليس على تأثيراته الجانبية، فمن المفيد في أغلب الأحيان إبرام اتفاق مع المراهق بحيث يشارك في عملية إعادة تقييم موضوعية لفعالية الدواء ، وبحيث يقتضي ذلك موافقة كل من الوالدين والمراهق على الالتزام بنتائج هذه التجربة . وقد تدعو الحاجة أن تكون هذه التجربة مختلفة في أسلوبها عن التجربة الأصلية التي أجريت لتقييم فعالية الدواء وذلك لأسباب مختلفة. وقد لا تكفي استبانات المدرس المقتضبة المتعلقة بالسلوك والأداء الصفي لبحث الأعراض المستهدفة بالنسبة للمراهق . فقد يكون في بعض الأحيان من المفيد جداً إجراء تقييم فرديٍ على نحو أكثر من قبل شخص متمرس أو أكثر من المدرسين و/أو المدرب و/أو الرفيق على مدى غدة أسابيع من تناول الدواء والتوقف عنه . ويستطيع المراهق المشاركة عن طريق المساعدة في اختيار مقاييس المخرجات (من مثل مقاييس تقدير المدرس، وضع درجات على الواجبات والاختبارات) ، أو في اختيار المدرسين أو الراشدين الآخرين الذي سيطلب إليهم إعداد المدخلات . أما في حالة تعذر حل الخلافات المتعلقة بالعلاج الدوائي عبر تقييم شبه موضوعي من مثل هذا ، فقد تدعو الحاجة إلى تقديم إرشاد أسري لمناقشة المشكلة في إطار مواضيع أخرى بين الوالد والطفل.

الخلاصة

قد تكون سنوات المراهقة عصيبة بالنسبة للفرد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وأسرته غير أنها تعتبر أيضاً فترة تقدم كبير . فغالباً ما تتسم هذه المرحلة بتزايد النضج ، والشعور بالمسؤولية ، وتطور الهوايات وعلاقات صداقة متينة وفقاً للاهتمامات المشتركة . هذا بالإضافة إلى نمو الشعور بالمشاركة الوجدانية ، والاهتمام بالشؤون الاجتماعية . وتوفر هذه السمات للوالدين تعزيزاً إيجابياً لجهودهما المتواصلة لمصلحة طفلهم ، كما أنها تضفي على المراهق شعوراً إيجابياً بالاعتداد بالذات . وبمقدور العيادي أن يقدم الدعم لكل من الوالدين والمراهقين عن طريق إبراز هذه السمات الإيجابية .

الفصل الثالث عشر

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين

الفصل الثالث عشر

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين

يعتبر موضوع اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين موضوعاً وثيق الصلة بهذا الكتاب . فمع أنه يفترض أن القراء معنيون في الأساس برعاية الأطفال ، فإن كون اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وراثياً إلى حد كبير يدل على أنهم في الواقع معنيون برعاية عائلات تواجه اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ غالباً ما يتساءل الأهل المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في البداية عن إمكانية إجراء تشخيص لأنفسهم في حالة تشخيص الحالة لدى أطفالهم ، وقد ينشدون المعلومات من العيادي أو الاختصاصي الذي يتابع أطفالهم فيما يتصل بالتقييمات والعلاج الذي يخصهم. إضافة إلى ذلك ، ينبغي الكشف عن التأثيرات العكسية الكامنة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المتعلق بالوالدين على الرعاية الأبوية والوفاق الزوجي ومعالجتها، حيث يحتمل أن يكون لهذه العوامل تأثير كبير على أعراض الطفل وعلى مدى نجاح علاجه .

يعاني حوالي ٦٠٪ من الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من أعراض تستمر حتى مرحلة الرشد . وعلى الرغم من الافتقار إلى دراسات متعمقة تتعلق بالعوامل المسببة للاضطراب والمؤثرة في علاجه لدى الراشدين ، فيمكننا التقدير . استناداً إلى مدى انتشاره لدى الأطفال ، باحتمال إصابة ١٪ إلى ٣٪ من الراشدين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتشير الدراسات التي أجريت على مستوى الأسرة الواحدة إلى تزايد كبير في

خطر الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من قبل والدي وإخوان الأطفال المصابين بالاضطراب ، وأيضا من قبل الإخوان وأطفال الراشدين المصابين بالاضطراب ذاته . ويبدو أيضا أن هناك خطورة متزايدة للإصابة باضطرابات أخرى من قبل والدي الأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، بما فيها الاضطرابات المعادية للمجتمع ، واضطرابات إساءة استعمال العقاقير ، واضطرابات الحصر النفسي ، والاضطراب المسّي الإكتئابي (Manic Depressive Disorder) .

طبيعة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وسماته العيادية لدى الراشدين

لقد ساهم العرض المتنامي لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين في الأدبيات غير المتخصصة إلى تزايد أعداد الراشدين الراغبين في إجراء تقييم لهذا الاضطراب لديهم . وبالمقارنة مع وضع الأطفال ، فإن نسبة أعلى من الأفراد الراشدين الذين يرغبون بإجراء تقييم أولي هم من الإناث . وتشمل المشكلات الرئيسة المحددة لهؤلاء الراشدين في وجود صعوبات حادة في العمل أو في إقامة العلاقات ، وضعف التنظيم أو الذاكرة ، وصعوبات في التفكير الواضح ، وتشويش في التفكير ، ومشكلات في الأوضاع النفسية .

ولا تختلف الصفات الرئيسة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين عن تلك المتعلقة بالأطفال . من جانب آخر ، قد يتم التعبير عن هذه الأعراض بطريقة مختلفة بالنسبة للراشدين والأطفال . ويذكر بأنه يحتمل أن تكون هذه الأعراض أيضا أقل عدداً من تلك التي تظهر لدى الأطفال . على الرغم من ذلك ، يعاني الراشدون من قصور وظيفي كبير بسببها . ويتمخض عن هذه الصفات المتعلقة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين عدد من المخرجات أو النتائج التأثيرية ، من مثل النزاعات المزمنة مع الأقران والأزواج ، وضعف التحصيل الدراسي ، وتزايد السلوكات المعادية للمجتمع ،

وتزايد اضطرابات الحصر النفسي . وتنبغي الإشارة هنا إلى أن معظم الدراسات قد قارنت الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مع مجموعات ضابطة غير مصابة وليس مع مجموعات ضابطة لديها اضطرابات طبية عقلية . بالتالي ، لم يمكننا الافتراض بأن هذه النتائج خاصة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إضافة إلى ذلك ، لا يعتبر مدى الانتشار المتزايد للسلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الرشد منتظماً بل إنه يشبه مرحلة المراهقة، حيث يعتبر ذا ارتباط كبير مع التشخيص المسبق لاضطراب السلوك .

تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والاضطرابات المصاحبة لدى الراشدين

يظل الباحثون والعياديون على السواء يفكرون في أفضل وسيلة لتقييم الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة واضطراباته المصاحبة الشائعة . وحيث إنه من المتفق عليه على نطاق واسع أن تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى شخص راشد يشير إلى ضرورة معاناته خلال مرحلة الطفولة من أعراض حققت المعايير التشخيصية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فلابد أن هذه الأعراض استمرت بطريقة ما حتى الوقت الحاضر (أي لابد من حصول استمرارية أو استقرار للأعراض) . أما بالنسبة للأعراض الحالية ، فينبغي توافرها إلى حد يسبب إعاقة وظيفية حتى يتم تأكيد تشخيص الاضطراب .

ليس من الواضح فيما إذا كان إجراء مقابلة مع الراشد بمفرده سيفضي إلى تحقيق ثبات كاف في عملية التشخيص . بالتالي ، يجدر التأكد من الأعراض الظاهرة وتحليلها ، حيثما كان ذلك ممكناً ، وذلك عن طريق إجراء مقابلة مع مقدمي معلومات آخرين من مثل زوج المريض أو شريكه ، أو والديه، أو إخوانه ، أو أصدقائه المقربين . وبمقدور الوالدين والإخوان على وجه الخصوص تقديم معلومات مهمة متعلقة بظهور الأعراض خلال مرحلة الطفولة.

غير أن بعض المرضى قد يفضلون عدم الكشف عن هذه الأعراض للأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء في العمل . وقد لا يكون الآخرون على علاقة طيبة مع أعضاء الأسرة ؛ وقد يعود سبب ذلك إلى معاناتهم من أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . من ناحية أخرى ، فإنه يوصى أيضا باستعراض سجلات المدرسة السابقة ، بما فيها بطاقات الإشعار ونتائج الاختبارات المقننة، إذ يكون الاضطلاع على السجلات الأكاديمية مفيداً على وجه الخصوص وذلك للكشف عن وجود صعوبات تعليمية مؤثرة مصاحبة . فقد تكون المراجعة الدقيقة للسجلات المدرسية ضرورية للتمييز بين الأداء الأكاديمي غير الطبيعي - والذي قد يكون مؤشراً قوياً على وجود أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - ووجود صعوبة تعلمية محددة من مثل صعوبة متواصلة في القراءة . وغالبًا ما تكون تعقيبات المدرسين ذات الصلة ثاقبة وكاشفة . كما أنها تنطوي بوضوح على فائدة كامنة لتمييز أعراض فرط الحركة والاندفاعية المتعلقة بالطفولة والتي عادة ما تختفي مع مرور الوقت . وقد تدعو الحاجة أحيانًا للحصول على معلومات من التقييمات التربوية ، أو النفسية ، أو العصبية ، أو الطبية العقلية السابقة. مما يساعد أيضا في تحديد حدة الأعراض الظاهرة . وقد لا يكون الوصول إلى السجلات السابقة في بعض الأحيان ممكنًا بسبب سن الراشد أو موقع سكناه.

لا ينطوي الدليل التشخيصي والإحصائي على مناقشة مخصوصة بتشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين . في الوقت ذاته، هناك اهتمام بتقرير فيما إذا كانت المعايير المطبقة على الأطفال تنطبق هي ذاتها على الراشدين أيضا . من هنا ، جاءت مساهمات وندر (Wender) ورفاقه والتي كان لها أهمية كبيرة في تقييمم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين ، إذ قاموا بتطوير معايير ومقاييس تقدير خاصة لهذا الغرض . ويشير تحليل العوامل وفقًا لمقاييس تقدير وندر وأوتا (Utah) إلى

وجود خمسة عوامل بالنسبة للذكور والإناث ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك على الرغم من تباينها إلى حد ما تبعًا للجنس . وتتضمن هذه العوامل بالنسبة للذكور مشكلات السلوك ، ومشكلات التعلم ، وقصور تحمل الضغط ، ومشكلات الانتباه ، وضعف المهارات الاجتماعية . أما بالنسبة للإناث، فهي تشمل القلق (Dysphoria) ، ومشكلات السلوك / الاندفاعية ، ومشكلات التعلم ، ومشكلات الانتباه والمشكلات التنظيمية ، ونفور الآخرين .

وقد وضع ميرفي (Murphy) وبازكلي (Barkley) قيمًا معيارية تتعلق بحدوث أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين من مختلف الفئات العمرية وذلك استنادًا إلى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي . وتم تقديم هذه القيم المعيارية على شكل مقياس تقدير : صفر = أبدًا ، نادرًا ، ١ = أحيانًا ، ٢ = كثيرًا ، ٣ = كثيرًا جدًا . ويماثل هذا المقياس التقديري ذلك المقياس المعروض في الفصل الثاني من هذا الكتاب والمتعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتتوافر في المقاييس الفرعية معايير تتعلق بعجز الانتباه وفرط الحركة ، كما أن هناك نتيجة كلية لمختلف المقاييس والمعايير . إضافة إلى ذلك ، تتوافر هناك مقاييس للأعراض الظاهرة وكذلك للأعراض السابقة المتصلة بمرحلة الطفولة . هذا ويقترح ميرفي وباركلي اعتبار النتائج التي تفوق قيمة ١.٥ انحراف معياري مهمة من ناحية عيادية .

أما مقاييس براون (Brown) لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة فهي مصممة تحديدًا لتقييم وجود وشدة الأعراض المرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . كما يمكن أن تكون مفيدة لمراقبة الاستجابة للعلاج . ويتوافر هناك نموذجان من مقياس الأعراض هذا ، أما الأول فهو للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ ـ ١٨ عامًا ، أما الآخر فهو للراشدين . وهي مصممة بحيث يقوم المريض وشخص مقرب ـ الوالد أو الزوج ـ بإنجازها . وإلى جانب النتائج الكلية للعتبة المقررة لهذه المقاييس والتي تشير إلى وجود أو عدم وجود

اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، تتوافر هناك خمسة مقاييس فرعية معنية بمشكلات محددة متصلة بالتنظيم والتسويف ، وإدامة الانتباه ، ومهارات التذكر والذاكرة العملية ، وإدامة النشاط والجهد ، والحالة النفسية ، والانفعالية .

بإمكان مقاييس التقدير هذه مساعدة العيادي للحصول على معلومات عن أعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وإذا ما تم رفد هذه المعلومات بمعلومات من السير المرضية وإجراء المقابلات ، تمكن هذه المعلومات العيادي من تأكيد وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو نفيه . من ناحية أخرى، ينبغي استقصاء احتمال وجود معايير تشخيصية متعلقة باضطرابات أخرى بدلاً من ، أو إضافة إلى ، اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وتشمل هذه الاضطرابات صعوبات التعلم ، والاضطرابات الوجدانية ، واضطرابات الشخصية ، وإساءة استعمال العقاقير . وفي حالة إشارة المعلومات التاريخية إلى بدء الأعراض خلال مرحلة الرشد ، فيجدر أيضا استبعاد المشكلات العصبية التي بمقدورها أن تؤثر على الوظائف المعرفية العليا .

يعتبر مقياس مينسوتا للشخصية متعدد المراحل (Minnesta Multiphasic Personality Inventory) مقياساً شائعًا على نطاق واسع من حيث كونه مقياس إفادة ذاتية مفصلاً وشاملاً يقيم الأعراض الحادة والمزمنة لمجموعة مختلفة من الاضطرابات الطبية العقلية واضطرابات الشخصية . ويذكر أنه لم يتم تطوير هذه المقاييس من أجل تقييم الأعراض المرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على وجه التحديد ، غير أنها تقدم بيانًا شاملاً للسمات الشخصية . من هنا ، قد يكون ذلك مفيداً جداً لفهم أنماط الحالة النفسية والسلوك للفرد ، وللتمييز بين اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والأشكال الأخرى من الاضطرابات النفسية . ويظهر الراشدون المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، مقارنة مع العينات الضابطة من الأصحاء ، نتائج مرتفعة وفقًا للمقاييس العيادية المتعددة الملحقة بمقياس مينسوتا للشخصية ، مما يشير إلى

وجود اضطراب نفسي عام يتراوح مستواه بين البسيط إلى المعتدل . ويشير تحليل المقاييس الفرعية لمقياس مينسوتا للشخصية أن الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يعانون من مشاعر الكآبة والحصر النفسي بشكل رئيس . ولاستكشاف هذه الأعراض وتقييم شدتها ، فمن المفيد استخدام مقاييس ذاتية التقدير مختصرة من مثل مقياس سبلبيرجر للحصر النفسي (Spielberger State - Trait Anxiety Inventory) ومقياس بيك للكآبة (Beck Depression Inventory) .

الاختبار القياسنفسي Psychometric Testing

تعتبر المقابلات العيادية ومقاييس التقدير السلوكية ، من مثل تقييم الأطفال والمراهقين ، الأدوات الأساسية المستخدمة لتقرير وجود أو عدم وجود اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين . صحيح أن المعلومات المباشرة من المدرسين حول الأداء الوظيفي في المدرسة تعتبر عنصراً مهماً من العملية التشخيصية لدى العمل مع الأطفال ، غير أنها نادراً ما تكون متاحة بالنسبة للراشدين أو المراهقين الأكبر سناً . وكذلك الحال بالنسبة للتغذية الراجعة المستمرة عن مستوى التقدم وفعالية التدخل العلاجي التي يتيحها مدرس الطالب، فهي غير متوافرة أيضا بالنسبة للراشدين . بالتالي ، قد يكون للاختبار النفستربوي أو العصبنفسي دوراً أكثر أهمية للحصول على معلومات عن الأداء الوظيفي المعرفي والأكاديمي والتكيفي الفرد .

هذا وقد وثقت دراسات عديدة أجريت على الأطفال والمراهقين والراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مسألة وجود مواطن قصور في المتغيرات العصبنفسية من مثل الانتباه والتركيز ، والأداء الوظيفي التنفيذي، والذاكرة والتعلم . فإذا ما قام اختصاصي عصبنفسي ماهر في تقييم اضطرابات التعلم والانتباه بإجراء تقييم عصبنفسي شامل ، فقد يفرز ذلك معلومات قيمة ذات صلة بالنمط الفردي الخاص لمواطن القوة والعجز في

المهارات المعرفية والأكاديمية للشخص الراشد . وقد توفر البيانات المكتسبة عبر هذه الطريقة الاختبارية الشاملة أيضا معلومات تفصيلية يمكن تطبيقها على التخطيط المهني مباشرة . من ناحية أخرى ، تعتبر التقييمات العصبنفسية مكلفة جداً ، ولا تقوم شركات التأمين عادة بتغطية نفقاتها ما لم تتوافر هناك سيرة مرضية مسبقة تنطوي على وجود اضطراب طبي يعتقد أنه يؤثر في الأداء الوظيفي المعرفي (من مثل الإصابة الدماغية ، واضطراب الصرع ، والإفراط في تناول المخدرات أو الكحول) . ويزيد الأمر تعقيداً الندرة النسبية للاختصاصين العصبنفسيين خارج المناطق المدنية . من هنا ، قد يكون اللجوء إلى إجراء تقييم كاشف مختصر أمراً مجدياً اقتصادياً على نحو أكثر ، بحيث يستغرق ذلك حوالي ساعتين ويوظف مقاييس مختصرة للأداء الوظيفي المعرفي، ولمدة الانتباه والتركيز ، والسرعة المعرفية ومرونتها ، والذاكرة اللفظية، ومهارات القراءة والرياضيات ، والحالة النفسية ، والشخصية . وفي حالة الكشف عن وجود مواطن عجز في ميادين معينة ، فيمكن قياسها عن طريق إجراء اختبار متابعة فوري أو مؤجل .

مشكلات الذاكرة

تعتبر مشكلات قصور مهارات الذاكرة ومشكلات النسيان ، في أغلب الأحيان ، من بين الأعراض الأولية التي يظهرها الراشدون الذين ينشدون إجراء تقييم متعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إضافة إلى ذلك ، تمت الإفادة بحدوث مشكلات كلامية وغير كلامية في ميداني التعلم والذاكرة لدى الذكور الصغار في السن المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وحسب اختبار كاليفورنيا للتعلم الكلامي (California Verbal Learning Test)، أظهر الراشدون المصابون باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عجزاً أكبر بكثير في مهارات التعلم الكلامي من العينات الضابطة . ومستوى أدنى من أدائهم الوظيفي المعرفي الطبيعي . يتبين لنا أن صلب هذه المشكلة يتمثل في

احتمال وجود عجز في التنظيم والمعالجة الدماغية الفعالة للمعلومات الواردة . وقد ظهر هذا القصور في « الذاكرة العملية » أو « المعالجة المجهدة » لدى الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في عدد من المهمات التي تطلبت استجابة سريعة وتلقائية بما في ذلك اختبارات الأداء المتواصل واختبار متابعة المثيرات .

اختبارات الأداء المتواصل

تتضمن أكثر اختبارات الأداء المتواصل شيوعاً « اختبار كونرز للأداء المتواصل » (Conners' Continuous Performance Test) ، و« نظام غوردن التشخيصي » (Gordon Diagnostic System) ، إضافة إلى « اختبارات متغيرات الانتباه » (Tests of Variables of Attention) . هذا وقد تمت مناقشة حسنات وقيود هذه المقاييس العيادية المتعلقة بالانتباه والتركيز على نحو أكثر تفصيلاً في الفصل الثالث .

تُقيم اختبارات الأداء المتواصل متغيرات متعددة للانتباه ، بما في مدة الاستجابة ، وديمومة الانتباه ، والمقدرة على تثبيط الاستجابة غير السليمة . ويعتبر البعض من هذه الاختبارات مطولة نسبياً بحيث تطلب إلى عينة الاختبار تركيز الانتباه لأكثر من عشرين دقيقة . ومع أنه يعتقد أن طول المهمة يزيد من احتمالية إحداث الضجر والأخطاء ، يستطيع العديد من المراهقين والراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تركيز انتباههم لمدة تكفي لإنجاز النتائج الطبيعية للمهمات التي تقتضيها هذه الاختبارات للأداء المتواصل. من ناحية أخرى ، هناك تقارير تفيد بضعف أداء الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقاً لهذه المقاييس . وقد تعتبر اختبارات الأداء المتواصل ، من حيث كيفية إجرائها ، صعبة جداً بالنسبة للأفراد ذوي التحمل المتدني للإحباط . فقد يحققون نتائج طبيعية ، غير أن هذه المهمات قد تثير

انفعاليتهم إلى حد بعيد .

شؤون تخص الأزواج

تسهم عدة عوامل في إحداث مشكلات في العلاقة الزوجية في حالة معاناة أحد الزوجين من اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . فقد لا يكون الراشدون - سواءً المصابون أو غير المصابين - على دراية كافية باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وحتى في حالة معرفتهم بهذا الاضطراب ، فقد لا يدركون تأثيراته المحددة على السلوكات المختلفة . وحتى في حالة وعيهم لكل هذه الجوانب ، فقد تكون إدارة الشؤون الحياتية اليومية المعقدة للمنزل والأسرة والعمل محبطة إذا ما أضيفت إليها مشكلة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. وقد تكون الأمور مختلفة إلى حد ما بالنسبة للوالدين وللأزواج الذين ليس لديهم أولاد . فعندما يدخل تشخيص وجود الاضطراب لدى طفل في حسابات الوالد ، فقد يحس الوالدان بالعبء الثقيل جراء مهمة رعاية طفلهم دون أن يتوفر الوقت أو الجهد أو الموارد المالية الكافية لإيلاء الاهتمام المطلوب بعلاقتهم الخاصة . إذ يعبر العديد من الوالدين عن هذه المشاعر الخاصة ، حيث إن مواطن القصور التنظيمية الأساسية المتصلة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على وجه التحديد تعسر على الراشدين المصابين بهذا الاضطراب أداء أدوار ومسؤوليات متعددة . وقد تنتابهم مشاعر الذنب أو اللوم أو الإنكار لدرجة تتعطل معها مقدرتهم على تلبية احتياجات طفلهم ويتعطل أداؤهم الوظيفي كزوجين أيضا .

من ناحية أخرى ، ومع تزايد الوعي العام المتعلق باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وجذوره الوراثية القوية ، تزداد أعداد الراشدين الذين يصبحون أزواجًا عقب معرفة أن أحدهم مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . ويدرك البعض عرضتهم لإنجاب طفل مصاب بالاضطراب ذاته مما يدفعهم إلى

طلب إرشاد أو معلومات مسبقة عن ذلك . وقد تكون معرفة هؤلاء الأفراد وخبرتهم قليلة في البداية ، غير أنه يحتمل أن تتاح لهم الفرصة لتعلم كيفية إدارة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من خلال كونهم زوجين وذلك قبل ازدياد مهمتهم صعوبة مع إنجاب الأطفال .

تُبرز الحالات السابقة أهمية عنصر التثقيف المتصل باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كجزء أولي أساسي من العلاج . وتتوافر هناك ، لحسن الحظ ، عدة مصادر جيدة للراشدين الذين يرغبون بمعرفة تأثير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على علاقتهم مع شركائهم في الحياة الزوجية . وفي حالة عدم كفاية - أو تعذر - المناقشة المشتركة أو التثقيف المشترك بين الزوجين بسبب وجود نزاعات كبيرة سابقة في علاقتهم ، فيوصى باللجوء إلى مرشد له دراية باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين وذلك لتلقي النصح والمشورة في هذا المجال. إضافة إلى ذلك ، يتحلى بعض المعالجين الأسريين بخبرة كافية في اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة تمكنهم من مساعدة الأسر من خلال تقديم الإرشاد المتعلق بالجوانب الزوجية وبجوانب رعاية الطفل من مثل تدريب الوالدين على استراتيجيات إدارة السلوك ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتشاور مع موظفي المدرسة . غير أنه ينبغي التذكير بأن ذلك لا يحدث في أغلب الأحيان .

وتحدث وندر (Wender) عن وجود حالة غموض في العلاقات الشخصية لدى العديد من الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . وقد تشير هذه الحالة إلى سوء تفسير الشواهد الاجتماعية وهو ما يميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب . إذ يمكن بسهولة تفسير مثل هذا السلوك على أنه قصور في الرعاية أو الاهتمام أو الاحترام من قبل زوج لا يعرف مسببات هذا السلوك . من هنا ، فقد تفاقم التغذية الراجعة السلبية الناتجة أعراض الكآبة أو الاندفاعية لدى الزوج المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة والذي لا

يدرك دواعي هذه الاتهامات . وفيما يلي بعض من المواضيع المحددة الشائعة في عملية الإرشاد الزوجي :

* تنمية فهم تأثيرات اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة على كل زوج .
* إدارة الوقت والضغط والشؤون الحياتية .
* تطوير خطة للمشاركة المسؤوليات اليومية بحيث تأخذ هذه الخطة بالحسبان إحتياجات كلا الزوجين ومواطن قوتهما ومواطن عجزهما .
* تعلم كيفية التواصل فيما يتعلق بهذه الجوانب المذكورة آنفًا على نحو متواصل وفعال وداعم .

جوانب تخص الرعاية الأبوية

تتطلب الرعاية الأبوية المثلى لطفل مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة سمات ومهارات معينة . ومن هذه السمات المفيدة التحلي بالصبر ، والمرونة ، والثبات ، وارتفاع عتبة التحمل للإزعاجات البسيطة . أما المهارات المفيدة فتتضمن المقدرة على الإصغاء للطفل واللعب معه ، ومعالجة المشكلات الصغيرة قبل أن تصبح كبيرة ، والاستمرار في أداء النشاطات الاعتيادية ، والمهارات التنظيمية الملائمة ، إضافة إلى مهارات حسن التدبير والدعم . وتزداد الحاجة اليومية للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة للإشراف والثبات والدعم والمساعدة المباشرة . وقد يؤثر ذلك على القدرات التنظيمية للوالد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . علاوة على ذلك ، قد تتخلل البيئة المنزلية حالات ضوضاء ونشاط وعدم طواعية وتشوش عام متكرر . غير أن ذلك قد يكون صعبًا بالنسبة لوالد لا يتحمّل الضغط والإحباط ، فلا يستطيع التعامل مع الوضع بهدوء . وفي المقابل ، فقد يعتبر الوالد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة المهمات التي يصعب على الطفل المصاب بذات الاضطراب إتقانها على أنها غير مهمة كثيرًا ، وبذلك يقلل من بعض ميادين

النزاع المحتملة . وقد يكون هناك ارتباط متين بين الوالد والطفل والذي إذا ما تم توجيهه بطرق إيجابية ، قد يصبح مصدر قوة للطفل من أجل تنمية الشعور بالذات وبالاعتداد الذاتي لديه .

قد يكون تطبيق مهارات إدارة السلوك والمهارات الأبوية الفعالة الأخرى وفقًا لأسس ثابتة أمرًا أكثر صعوبة بالنسبة لوالد مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة . إذ تُبرز الإصابة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة حاجة الوالدين للعمل معًا ، ودعم وتدريب أحدهما الآخر ، وتحديد مواطن القوة والعجز لدى كل منهما ، والتناوب في أخذ فترات استراحة من الرعاية المستمرة والمكثفة جدًا التي يتطلبها الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة. وقد يحتاج الوالد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة مزيد من المساعدة المباشرة المتصلة بتطوير وتطبيق استراتيجيات إدارة السلوك ، مما يؤدي زيادة الحاجة لخدمات الإرشاد وتدن في الخدمات غير المباشرة . إذ قد يساعد الإرشاد المباشر للوالد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في تحسين مقدرته على كيفية تحديد الأعراض الذاتية التي قد تؤثر في مهاراته الأبوية ، وكيفية توجيه هذه المعرفة بحيث تزداد فعالية هذه المهارات .

شؤون مهنية

يمنع القانون في الدول المتقدمة التمييز ضد الأفراد ذوي الحاجات الخاصة في مجال التوظيف . بل إنه يطلب من أصحاب العمل إجراء تعديلات معقولة تخدم الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك حتى يتمكنوا من تلبية متطلبات الوظيفة المهنية . بالتالي ، قد يخص هذا الموضوع الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذين يعملون خلال إجازاتهم المدرسية . ويشمل القانون عملية التوظيف والراتب والمزايا المهنية ، والترقية ، والفصل من العمل . وعادة ما تتضمن مشكلات الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في ميدان العمل موضوع وضع تعديلات تتماشى مع قدراتهم في

العمل ، وكذلك مشكلة التمييز ضدهم في ميدان الحصول على الترقية ضمن العمل . من هنا ، ستتم مناقشة موضوع إجراء التعديلات بتفصيل أكثر وذلك بداعي إمكانية تقديم العيادي إرشاد في هذا الميدان . وقد تدعو الحاجة في بعض الحالات إلى استشارة محام له خبرة في مجال القضايا المتصلة بالإعاقات . أما بالنسبة لمشكلة التمييز في الترقية ، فهي تتطلب استشارة أحد المحامين المختصين بها أيضا .

يقتضي القانون تعريف « الإعاقة » على أنها حالة تَحُد على نحو أساسي من القيام بنشاط حياتي رئيس من مثل التعلم أو العمل . من هنا ، تشمل عملية إجراء تعديلات « معقولة » تلك الإجراءات التي لا تفرض صعوبة غير مبررة - سواءً مالية أو غيرها - على صاحب العمل . وتتضمن الأمثلة عن التعديلات في مكان العمل بالنسبة للمصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ما يلي : تعديل بيئة العمل الحد من مصادر التشتت ، وكتابة التعليمات، وتقديم تغذية راجعة متكررة ، والأدوات التقنية ، والتدريب المتخصص ، وزيادة وقت إنجاز المهمات ، وتقسيم المهمات إلى أجزاء يمكن التعامل معها . وقد تدعو الحاجة أحيانًا إلى إعادة تنظيم مكان العمل أو إعادة توزيع المهمات المقررة .

واستعدادًا لطلب إجراء تعديلات ، يجب على الراشد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أن :

١ - يقدم لصاحب العمل معلومات عن اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة.

٢ - يزود صاحب العمل بعرض متعلق بأعراض محددة وتأثيرها الوظيفي على النشاطات الحياتية الرئيسة ذات الصلة بالعمل .

٣ - يحصل على إفادة داعمة من العيادي متصلة بالاضطراب وتأثيره الوظيفي .

٤ - يطور خطة تدخل علاجي تركز على الاستراتيجيات التي يستطيع الموظف استخدامها دون الحاجة إلى التدخل المباشر من قبل صاحب العمل لتقليل

حدة الإعاقة الوظيفية إلى الحد الأدنى (من مثل تنظيم بيئة العمل ، واستعمال آلة حاسبة ، والمملاة (Dictaphone) ، ومدقق الإملاء ، والمفكرة الألكترونية ، والمنظم الألكتروني .

٥ ـ يشرح التعديلات المطلوبة وكيف ستحد من الأعراض وتساعد في تحقيق الأهداف المتصلة بالعمل .

٦ ـ ينقح خطة التدخل عقب الفترة التجريبية ويقدمها كتابياً .

وقد يكون العيادي ذا فائدة في تقديم المعلومات لصاحب العمل ، وكتابة رسالة داعمة ، وتقديم أفكار للتعديلات المقررة استناداً لأعراض فردية مستهدفة. ويمكن القول عموماً أن القوانين قد دعمت أصحاب العمل الذين بذلوا جهوداً خالصة لإجراء التعديلات . من ناحية أخرى ، تبرز هذه الأمور أهمية الحصول على مشورة مهنية مناسبة من قبل الأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة بدءاً من مرحلة المراهقة . من هنا ، فإن اختيار مهنة تركز على مواطن القوة وتقلل مواطن العجز إلى الحد الأدنى بالنسبة للأفراد المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ـ وبالنسبة للفرد ذي العلاقة ـ يعتبر خطوة أولية أساسية لتقليل مشكلات الأداء إلى الحد الأدنى في مكان العمل .

العلاج غير الصيدلاني

تتوافر هناك اتجاهات مختلفة للعلاج غير الدوائي ، على الرغم من كونه ميداناً حديثاً نسبياً من الناحية العيادية والبحثية . فإلى جانب المعالجة الزوجية، والتي تركز على العلاقة الزوجية ومشكلات الرعاية الأبوية ، يتضمن العلاج غير الدوائي بالنسبة للراشد مجالات متعددة ومنها : التثقيف ، والمعالجة النفسية الفردية ، وإعادة التدريب المعرفي ، والتدريب ، والمشورة المهنية ، والتعليم ، ومعالجة مشكلات الكلام ، والمشاركة في جماعات الدعم . فضلاً عن ذلك ، يعتبر علاج أي اضطرابات مصاحبة ـ بما فيها الإدمان على المخدرات ، عنصراً

أساسيًا في المعالجة .

ويمكن استخدام المعالجة النفسية لعلاج عدة مشكلات مرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، بما فيها التحكم بالانفعالات - من مثل الغضب والكآبة - وإدارة السلوكات غير التكيفية - من مثل الانطوائية الاجتماعية ، والإدمان . من ناحية أخرى ، كثيرًا ما يستخدم اتجاه المعالجة المعرفية والذي يتضمن تعديل الطريقة التي يرى بها الفرد المستهدف ويحلل بها الظروف التي تفضي إلى الاستجابات غير المرغوبة . أما مصطلح « إعادة التدريب المعرفي »، فيشير إلى تعلم وتوظيف استراتيجيات تعويضية لإدارة متطلبات مهمة العمل والحياة اليومية . وتتضمن هذه الطريقة في مجملها تعلم المهارات التنظيمية ومهارات إدارة الوقت والمهارات الاجتماعية ، هذا إلى جانب طرق المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي .

يعتبر التدريب (Coaching) طريقة علاج فريدة يعمل بموجبها الفرد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عن قرب مع زميل أو « مدرب » بشكل شخصي أو عن طريق الهاتف ، وذلك من أجل تلقي المساعدة والإرشاد والتشجيع في البيئة التي تتطلب ذلك . فعلى سبيل المثال ، إذا كان فرد مصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة يواجه صعوبات في تلبية متطلبات مهنته بسبب هذا الاضطراب - بخلاف الافتقار إلى المهارات الأساسية المطلوبة لأداء المهنة - فقد يمضي المدرب يومًا مع هذا الفرد في بيئة العمل لمعاونته في تنظيم مكتبه ، وخطته اليومية ، وطريقة شروعه في أداء المهمات . بعد ذلك ، يتابع المدرب الموضوع عبر إجراء اتصالات هاتفية يومية لفترة من الوقت ، وذلك لتذكيره بالأمور المهمة وتقديم المساعدة والدعم إليه إلى أن يتم استيعاب النشاطات الاعتيادية الجديدة . وغالبًا ما يتضمن التدريب اللجوء إلى طريقة إعادة التدريب المعرفي .

العلاج الصيدلاني :

تتضمن الأدوية التي استخدمت في علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين على وجه الخصوص المنبهات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ، والبيوبروبيون (Bupropion) ، ومثبطات الأكسيداز أحادية الأمين (Monoamine Oxidase Inhibitors) ، وفينلافاكسين (Venlafaxine) . هذا وتقل الدراسات التي أجريت على الراشدين كثيراً عن تلك التي أجريت على الأطفال. من هنا ، فهنالك ضآلة في المعلومات المتاحة عن العلاقة بين الاستجابة للعلاج الدوائي أو أشكال الاضطرابات المصاحبة .

تعتبر الدراسات التي بحثت في تأثيرات المنبهات على الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الأكثر شيوعاً . في الوقت ذاته لا يوجد هناك إلا عدد قليل من الدراسات المضبوطة ، كما أن معظم هذه الدراسات المضبوطة ركزت على عقار الميثلفينديت (Methylphenidate) . وتتفاوت نسبة الاستجابة الإيجابية عبر الدراسات . إذ تتراوح بين ٢٥٪ - ٧٨٪ ، مع ضرورة ملاحظة استخدام معايير مختلفة للاستجابة الإيجابية والمدخلات المقررة . فقد لاحظ سبنسر (Spencer) ورفاقه عدم تأثر فعالية العلاج الدوائي بالعلاقة الجنسية أو بوجود مستوى بسيط إلى معتدل من اضطراب الحصر النفسي المصاحب أو الكآبة المصاحبة . وتشمل مقاييس المخرجات التي وجد أنها تتحسن لدى الراشدين الذين يتناولون المنبهات الإفادات الذاتية المتعلقة بالتركيز والتشتت ، خلال القراءة ، والإجهاد العقلي ، واستئناف التركيز عقب حصول مقاطعة ، والذاكرة ، وبعض المقاييس العصبنفسيّة ، والأداء الوظيفي الزوجي والمهني . أما بالنسبة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ، فتدعو الحاجة إلى إجراء دراسات مضبوطة وذلك من أجل إثبات فعاليتها مقارنة مع المنبهات، وتأثيراتها الجانبية بالنسبة للاضطرابات المصاحبة لدى الراشدين المصابين باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة .

تشير تقارير الحالة إلى أن الجمع بين المنبهات والعقاقير الأخرى ، بما فيها مثبطات بيتا (Beta - Blockers) ، ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ، قد يكون فعالاً في حالات معينة ، غير أنه لم يتم توثيق الفعالية والسلامة في دراسات مضبوطة . فقد أفاد راتي (Ratey) ورفاقه بحدوث تحسن لدى ثلاث عينات من الراشدين لتأثيرات الميثلفينديت عند إضافة عقار نادولول (Nadolol) حيث ذكر أن الميثلفنديت قد ساعد في تحسين التركيز وتخفيف التشتت والاندفاعية في حين قلل النادولول المضاف من التوتر والحصر النفسي والانفعالية .

يتطلب النجاح في علاج الراشد المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - في كثير من الأحيان - علاجاً مصاحباً أو أولياً للاضطراب المصاحب. ففي حالة وجود الكآبة أو الإدمان على المخدرات ، فسيكون من الأسلم والأكثر فعالية معالجة هذه المشكلات أولاً . ويعتبر استعمال المنبهات مع وجود مشكلة الإدمان على المخدرات - أو احتمال وجودها - مسألة مهمة بالنسبة للعياديين الذين يعالجون الراشدين ويمكن التأكيد عموماً على وجوب معالجة الإدمان ، بحيث يتبع ذلك فترة خلو من تناول العقاقير وإعادة تقييم لأعراض اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، وذلك قبل إدخال العلاج بالمنبهات . وينبغي توظيف الاستراتيجيات غير الدوائية خلال هذه الفترة وذلك للمساعدة في علاج المشكلات المرتبطة باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من أجل تقليل خطر التناول الذاتي للأدوية . وتمت الإفادة بوجود تأثيرات متعلقة بإثارة النشوة لعقار الديكسدرين (Dexedrine) قصير المفعول مما قد يؤدي إلى الإدمان . إضافة إلى ذلك ، في حالة استعمال المنبهات مع عقاقير أخرى التي يحتمل أنها تزيد من هذه التأثيرات - من مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة - ، فينبغي أن يستطلع العيادي عن حصول مشاعر النشوة (Euphoria) وما يتبعها من القلق. لذلك ، ينبغي وقف المستحضرات الدوائية التي تحدث هذه التأثيرات سواءً أكانت

نتيجة للعقار نفسه ، أو الجمع بين عقارين ، أو الحساسية الفردية لذلك خصوصاً لدى المريض المعرض لخطر الإدمان . وختاماً ، لم تُجر دراسة كافية لمعرفة تأثير الجمع بين مواد علاجية لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة - من مثل المنبهات أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وعقاقير ترويحية . غير أن ويلنز (Wilens) ورفاقه أفادوا بحدوث إصابة سمية في الجهاز العصبي المركزي والأوعية القلبية لدى عدد من المراهقين عقب تناولهم للماريجوانا إبان تناولهم لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة .

في حالة خضوع والد الطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لعلاج دوائي للاضطراب ذاته أيضا ، فقد يصبح بمقدور هذا الوالد تقديم معلومات فريدة ومفيدة إلى العيادي الذي يصف الدواء للطفل . فقد تساعد التأثيرات الإيجابية والسلبية لدى الوالد في إرشاد العيادي إلى اختيار علاج دوائي بديل للطفل . إضافة إلى ذلك ، في حالة تناول الوالد والطفل للدواء ذاته ، يستطيع الوالد التعبير على نحو أفضل عن التأثيرات الجانبية المزعجة وغير البائنة من مثل القلق والانطوائية الاجتماعية - والتي يعاني هو وطفله منها . وعلى نحو مماثل ، فقد يتم توظيف استراتيجيات فعالة لمعالجة مشكلات معينة بفضل مساعدة الوالد (من مثل تقليل اعتلال المعدة عن طريق تناول الدواء مع كأس مليء بالماء أو العصير) . أخيراً تتاح الفرصة للوالد لنمذجة الاستعمال المسؤول للدواء .

الخلاصة

يعتبر تقييم وإدارة اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين ميداناً حديثاً غير أنه سريع النمو . وغالباً ما يعتبر تقييم وعلاج اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة لدى والد جانباً مهماً من العلاج الفعال للطفل . ويجب أن يدرك العيادي إمكانية وجود إصابة أبوية باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أو باضطرابات ذات صلة ، وذلك من خلال السيرة الأسرية التي تؤخذ إبان

التقييم الأولي للطفل . ومع تطوير العيادي لعلاقة ألفة مع الأسرة في إطار تقديم الرعاية للطفل المصاب باضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ، فقد يتمكن من مساعدتهم في تقييم تأثير اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة الذي أصاب الراشد على الأسرة ، وذلك إلى جانب تقييم الحاجة لعلاج محدد .

المراجع

مراجع المقدمة

American Academy of Pediatrics. (1996). The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: Diagnostic and statistical manual for primary care (DSM - PC) child and adolescent version. EIK Grove village, IL: Authar .

American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author .

Applegate, B., Lahey, B.B., Hart, E.L., Biederman, J., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Ollendick, T., Frick, P.J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J.H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I., & Shaffer, D. (1997). Validity of the age - of - onset criterion for ADHD: A report from the DSM - IV field trials. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1211 - 1221 .

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 65 - 94 .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition

of the age - onset criterion for attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1204 - 1210 .

Barkley, R.A., Grodzinsky, G., & DuPaul., (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity : A review and research report . Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 163 - 188 .

Bellinger, D.C., & Needleman, H.L. (1983). Lead and the relationship between maternal and child intelligence. Journal of Pediatrics, 102, 523 - 527 .

Benson, F.D. (1991). The role of frontal dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Child Neurology, 6, S9 - S12 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich - Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., & Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder : Patterns of comorbidity in probands and relative in psychiatrically and pediatrically referred samples. Archives of General Psychiatry, 49, 728 - 738.

Brown, R.T., Coles, C.D., Smith, I.E., Platzman, K.A., Silverstein, J., Erickson, S., Falek, A. (1991). Effects of prenatal alcohol exposure at school age : II. Attention and behavior. Neurotoxicology and Teratology. 13, 369 - 376 .

Carey, W.B., & McDevitt, S.C. (1995). Coping with children's temperament: A guide for professionals. New York : Basic Books .

Casrtellanos, F.X. (1997). Toward a pathophysiology of attention - deficit / hyperactivity disorder. Clinical Pediatrics, 36, 381 - 393 .

Eiraldi, R.B., Power, T.J., & Nezu, C.M. (1997). Patterns of comor-

bidity associated with subtybes of attention - deficit / hyperactivity disorder among 6 - to 12 - year - old children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 503 - 514 .

Fischer, M., Barkley, R.A., Fletcher, K.E., & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social , and emotional adjustment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 324 - 332 .

Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder : A review. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 350 - 360 .

Keenan, K., Shaw, D.S., Walsh, B., Delliquadri, E., & Giovannelli, J. (1997). DSM- III - R disorders in preschool children from low - income families. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 620 - 627 .

Klein, R.G., & Mannuzza, S. (1991). Long - term outcome of hyperactive children : A review. Journal of the American Academy of child Psychiatry, 30, 383 - 387 .

Lahey, B.B., Applegate, B., McBurnet, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frick, P.J., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E.L., Waldman, I., & Shaffer, D.(1994). DSM - IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 151, 1673 - 1685 .

Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K., Arend, R, Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlats of psychiatric disorders among preschool children. Journal of the American Academy of Child and Adolscent Psychiatry, 35, 204 - 214 .

Levine, M.D. (1992). Commentary : Attentional disorders. Elusive entities and their mistaken identities. Journal of Child Neurology, 7, 449 - 453.

Mercugliano, M. (1995). Neurotransmitter alterations in attention - deficit / hyperactivity disorder. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 1, 220 - 226 .

Mesulam, M.M. (1990). Large - scale neurocognitive networks and distributed processing for attention language, and memory. Annals of Neurology, 28, 597 - 613.

Morgan, A.E., Hynd, G.W., Riccio, C.A., & Hall, J. (1996). Validity of DSM - IV ADHD predominately inattentive type and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses / Subtype differences. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 325 - 333.

Power, T.J., & DuPaul, G.J. (1996). Attention - deficit hyperactivity disorder: The reemergence of subtype. School Pschology Review, 25, 284 - 296 .

Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Journal of Psychiatry, 151, 633 - 638 .

Shaywitz, S.E., & Shaywitz, B.A. (1988). Attention deficit disorder : Current perspective. in J.F. Kavanagh & T.J. Truss, Jr. (Eds.), Learning disability : Proceedings of the National Conference (pp. 369 - 523). Baltimore : York Press.

Strauss, A.A., & Kephart, N.C. (1995). Psychopathology and education of the brain - injured child (Vol.2). New York: Grune & Stratton .

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. Journal of Experimental Psychology, 18, 643 - 662 .

Strother, C.R. (1973). Minimal cerebal dysfunction : A historical

overview. Annals of New york Academy of Sciences, 205, 6 - 17.

Szatmari, P., Saigal, S., Rosenbaum, P., Campbell, D., & King, S. (1990). Psychiatric disorders at five years among children with birth weights, < 1000 g: A regional perspective. Developmental Medicine and Child Neurology, 32, 954 - 962 .

Weinberg, W.A., & Brumback, R.A. (1992). The myth of attention deficit - hyperactivity disorder: Symptoms resulting from multiple causes. Journal of Child Neurology, 7, 431 - 461 .

Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15 year follow - up of 63 hyperactive children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, 211 - 220 .

Zametkin, A.J., & Rapoport, J.L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years ? Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 26, 676 - 686 .

References

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual disorders (4th ed.). Washington, DC : Author .

DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1990). ADHD Rating Scale - IV. New York : Guilford Press .

مراجع الفصل الأول

Barkely, R.A. (1998). Attention - deficit Hyperactivity disorder : A Handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Beitchman, J.H., & Young, A.R. (1997). Learning disorders : A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry, 36, 1020 - 1032 .

Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwein, A.R. (1997). Anxiety disorders in children and adolescents : A review of the past 10 years. Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1110 - 1119 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich - Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., & Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family - genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 49, 728 - 738 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Knee,. D., & Tsuang, M.T. (1990). Family - genetic and psychococial risk factors in DSM - III attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 526 - 533 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guit, J., Ablon, J.S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder : A pilot study. American Journal of Psychiatry, 152, 431 - 435 .

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., & Kauffman, J. (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part II. Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry, 35, 1575 - 1583 .

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kauffman, J., Dahl, R.E., Perel, J., & Nelson, B., (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1427 - 1439.

Britton, T.C., Meyer, B - U., & Benecke, R. (1991). Central motor pathways in patients with mirror movements. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 54, 505 - 510 .

Brown, R.T., Coles, C.D., Smith, I.E., Platzman, K.A., Silverstein, J., Erickson, S., & Falek, A. (1991). Effects of prenatal alcohol exposure at school age : II. Attentiong and behavior. Neurotoxicology and Teratology, 13, 1 - 8 .

Buehler, D.M., Als, H., Duffy, F.H., McAnulty, G.B., & Liederman, J. (1995). Effectiveness of individualized developmental care for low - risk preterm infants : Behavioral and electrophysiological evidence. Pediatrics, 96, 923 - 932 .

Burgard, P., Rey, F., Rupp, A., Abadi, V., & Rey, J., (1997). Neuropsychologic functions of early treated patients with phenylketonuria, on and off diet : Results of a cross - national and cross - sectional study. Pediatric Research, 41, 368 - 374 .

Chandola, C.A., Robling, M.R., Peters, T.J., Melville - Thomas, G., & McGuffin, P. (1992). Pre - and perinatal factors and the risk of subsequent referral for hyperactivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33, 1077 - 1090 .

Church, R.P., Lewis, M.E.B., & Batshaw, M.L. (1997). Learning disabilities, In M.L. Batshaw (Ed.). Children with disabilities (4th ed., PP. 471 - 497). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co .

Coles, C.D., Platzman, K.A., Raskind - Hood, C.L., Brown, R.T., Falek, A., & Smith, I.E. (1997). A comparison of children affected by prenatal exposure and attention deficit, Hyperactiveity disorder. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 21, 150 - 161 .

Coles, C.D., Russell, C.L., & Schuetze, P. (1997). Maternal substance use : Epidemiology, treatment outcome, and developmental effects :

An annotated bibliography. Substance Use & Misue, 32, 149 - 168.

Commings, D.E. (1990). ADHD in Tourette syndrome. In Tourette syndrome and human behavior (pp. 99 - 104). Duarte, CA : Hope Press .

Daly, J.M., Biederman, J., Bostic, J.Q., Maraganore, A.M., Lelon, E., Jellinek, M., & Lapey, A. (1997). The relationship between childhood asthma and attention deficit hyperactivity disorder : A review of the literature. Journal of Attention Disorders, 1, 31 - 40 .

Delaney - Black, V., Covington, C., Ostrea, E., Jr., Romero, A., Baker, D., Tagle, M.- T., Nordstromklee, B., Sylvestre, M.A., Angelilli, M.- L., Hack, C., & Long, J. (1996). Prenatal cocaine and neonatal outcome : Evaluation of dose - response relationshop. Pediatrics, 98, 735 - 740 .

Dilts, C.V., Carey, J.C., Kircher, J.C., Hoffman, R.O., Creel, D., Ward, K., Clark, E., & Leonard, C.O. (1996). Children and adolescents with neurofibromatosis 1 : A behavioral phenotype. Developmental and Behavioral Pediatrics, 17, 229 - 239 .

Doran, S. (1997). Fragile X syndrome and attention deficit hyperactive disorder. ADHD Report, 5, 8 - 11 .

Fog, E., & Fog, M. (1963). Cerebral inhibition examined by associated movements. In M. Bax & R. MacKeith (Eds.). Minimal cerebral dysfunction (pp. 52 - 57). London : Spastic International Medical Publications .

Foley, T.P. (1992). Thyrotoxicosis in childhood. Pediatric Annals, 21, 43 - 49 .

Galler, J.R., Ramsey, F. (1989). A follow - up study of the influence of early malnutrition on development : Behavior at home and school. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 254 - 261 .

Geller, B. & Luby, J. (1997) . Child and adolescent bipolar disorder : A review of the last 10 years. Journal of the American Academy of Child

and Adolescent Psychiatry, 36, 1168 - 1176 .

Gickling, E.E., & Armstrong, D.L. (1978). Levels of instructional difficulty as related to on - task behavior, task completion, and comprehension. Journal of Learning Disabilities, 11, 32 - 39 .

Glod, C.A., & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, Posttraumatic stress disordre, and activity levels in prepubertal children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1384 - 1393 .

Griffith, D.R., Azuma, S.D., & Chasnoff, I.J. (1994). Three - year outcome of children exposed prenatally to drugs. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 20 - 27 .

Gross - Tsur, V., Shalev, R.S., & Amir, N. (1991). Attention deficit disorder : Association with familial - genetic factors. Pediatric Neurology, 7, 258 - 261 .

Handley - Derry, M., Low, J.A., Burke, S.O., Waurick, M., Killen, H., & Derrick, E.J. (1997). Intrapartum fetal asphyxia and the occurrence of minor deficits in 4 to 8 year - old children. Developmental Medicine and Child Neurology, 39, 508 - 514 .

Hauser, P., Zametkin, A., Martinez, P., Vitello, B., Matochik, J.A., Mixson, A.J., & Weintraub, B.D. (1993). Attention - deficit hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. New England Journal of Medicine, 328, 997 - 1001 .

Kahn, C.A., Kelly, P.C., & Walker, W.O., Jr. (1995). Lead screenings in children with attention deficit hyperactivity disorder and developmental delay. Clinical Pediatrics, 34, 498 - 501 .

Kaufman, P.M., Fletcher, J.M., Levin, H.S., Miner, M.E., & Ewing - Cobbs, L. (1993). Attentional disturbance after pediatric closed head injury. Journal of Child Neurology, 8, 348 - 353 .

Klebanov, P.K., Brooks - Gunn, J., & McCormick, M.C. (1994). Calssroom behavior of very low birth weight elementary school children. Pediatrics, 94, 700 - 708 .

Landry, S.H., & Whitney, J.A. (1996). The impact of prenatal cocaine exposure : Studies of the developing infant. Seminars in Perinatology, 20, 99 - 106 .

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children ? American Journal of Psychiatry, 153, 1138 - 1142 .

Paruch, S., Sohmer, H., Steinberg, A., & Kaitz, M. (1997). Somatosensory functioning in children with attention deficit hyperactivity disorders. Developmental Medicine and Child Neurology, 39, 464 - 468 .

Pietz, J., Fatkenheuer, B., Burgard, P., Armbruster, M., Esser, G., & Schmidt, H. (1997). Psychiatric disorders in adult patients with early - treated phenylketonuria. Pediatrics, 99, 345 - 350 .

Pine, D.S., Scott, M.R., Busner, C., Davies, M., Fried, J.A., Parides, M., & Shaffer, D. (1996). Psychometrics of neurological soft signs. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 509 - 515 .

Roberts, J.E., Burchinal, M.R., Collier, A.M., Ramey, C.T., Koch, M.A., & Henderson, F.W. (1989). Otitis media in early childhood and cognitive, academic, and classroom performance of the school - aged child . Pediatrics, 83, 477 - 485 .

Rostain, A.L., Power, T.J., & Atkins, M.S. (1993). Assessing parents' willingness to pursue treatment for children with attention - deficit hyperactivity disorder: Journal of the American Academy of Child and

adolescent Psychiatry, 32, 175 - 181 .

Roth, N., Beyreiss, J., Schlenzka, K., & Beyer, H. (1991). Coincidence of attention deficit disorder and atopic disorders in children : Empirical findings and hypothetical background. Journal of Abnormal Child Psychology, 19, 1 - 13.

Schothorst, P.F., & Van Engeland, H. (1996). Long - term behavioral sequelae of prematurity. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 175 - 183 .

Smart, D., Sanson, A., Prior, M. (1996). Connections between reading disability and behavior problems : Testing temporal and causal hypotheses. journal of Abnormal Child Psychology, 24, 363 - 383 .

Sprich - Buckminster, S., Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., & Lehman, B.K. (1993). Are Perinatal complications relevant to the manifestation of ADD ? Issues of comorbidity and familiality . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry , 32, 1032 - 1037 .

Steinhausen, H. - C., Willms, J., & Spohr, H. - L. (193). Long - term Psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 990 - 994 .

Swaiman, K.F. (1994). Intellectual and motor deterioration. In K.F. Swaiman (Ed.), Pediatric neurology : Principle and practice (2nd ed., pp. 147 - 157). Philadelphia : Mosby .

Tuthill, R.W. (1996). Hair lead levels related to children's classroom attention - deficit behavior. Archives of Environmental Health, 51, 214 - 220.

Weinberge, W.A., & Emslie, G.J. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder : The differential diagnosis. Journal of Child Neurology,

6S, S23 - S36 .

Whitmont, S., & Clark, C. (1996). Kinaesthetic acuity and fine motor skills in children with attention deficit hyperactivity disorder : A preliminary report. Developmental Medicine and Child Neurology, 38, 1091 - 1098 .

RESOURCES FOR CLINICIANS

Accardo, P.J., Blondis, T.A., Whitman, B.Y., & Stein, M. (Eds.). (in press). Attention deficit disorders and hyperactivity in children and adults. New York : Marcel Dekker .

American Academy of Pediatrics . (1996). The classification of child and adolescent mental health diagnoses in primary care : Diagnostic and statistical manual for primary care (DSM - PC) child and adolescent version. Elk Grove Village, IL : Author .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Beitchman, J.H., & Young, A.R. (1997). Learning disorders : A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 36, 1020 - 1032 .

Brown, F.R., III, Voigt, R.G., & Elksnin, N. (1996). AD / HD : A neurodevelopmental perspective. Contemporary Pediatric, 13, 25 - 44 .

Capin, D.M. (1996). Developmental learning disorders : Clues to their diagnosis and management. Pediatrics Review, 17, 284 - 290 .

Church, R.P., Lewis, M.E.B., & Batshaw, M.L. (1997). Learning disabilities. In M.L. Batshaw (Ed.), Children with disabilities (4th ed. 471 - 497). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

Goldstein, S., & Golstein, M. (1990). Managing attention disorders in children.New York : John Wiley & Sons .

Hinshaw, S.P., March, J.S., Abikoff, H., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.k., Elliott, G.R., Halperin, J., Greenhill, L.I., Hechtman, L.T., Hoza, B., Jensen, P.S., Newcorn, J.H., McBurnett, K., Pelham, W.E., Richters, J.E., Severe, J.B., Schiller, E., Swanson, J., Vereen, D., Wells, K., Wigal, T. (1997). Comprehensive assessment of childhood attention - deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clinical trial . Journal of Attention Disorders, 1, 217 - 234.

Kandt, R.S: (1984). Neurologic examination of children with learning disorders. Pediatric Clinics of North America, 31, 297 - 315 .

Shaywitz, B.A., & Shaywitz, S.E. (1994). Learning disabilities and attention disorders. In K.F. Swaiman (Ed.), Pediatric neurology : Principles and practice (2nd ed., pp. 1119 - 1151). Philadelphia : C.V. Mosoby.

Silver, L.B. (1992). Attention - deficit hyperactivity disorder : A clinical guide to diagnosis and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press .

Swaiman, K.F. (Ed.). (1994). Pediatric neurology : Principle and practice (2nd ed.). Philadelphia : C.V. Mosby.

Weinberg, W.A., & Emslie, G.J. (1991). Attention deficit hyperacticity disorder : The differential diagnosis. Journal of Child Neurology, 6S, S23 - S36 .

Wolracin, M.L., & Baumgaertel, A. (1997). The practical aspects of diagnosing and managing children with attention hyperactivity disorder. Clinical Pediatrics, 36, 497 - 504 .

مراجع الفصل الثاني

Abidin, R.R. (1995). Manual for Parenting Stress Index (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W.E., Jr., & Koplewicz, H.S. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors : The influence of halo effects. Journal of Abnoraml Child Psychology, 21, (5), 519 - 533 .

Achenbach, T.M. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist / 4- 18 and 1991 Profile. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1991b). Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry .

Achenbach, T.M. (1991c). Manula for the Youth Self Report and 1991 Profile . Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1991d). Integrative guide for the 1991 CBCL / 4 - 18, YSR, and TRF profile. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., Mconaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). *Child/ adolescent behavioral and emotional problems : Implications of cross - informant correlations for situational specificity. Psychological Bulletin,* 101, 213 - 232 .

Adams, C.D., *McCarthy, M., Kelley, M.L. (1995). Adolscent versions* of the Home and school *Situations Questionnaires : Initial psycho-*metric properties . Journal of Clinical Child Psychology, [illegible] 385 .

Altepeter, T.S., & Breen, M.J. (1989). Situation [illegible]

lem behavior at home and school in attention deficit disorder with hyperactivity : A factor analytic study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33 (4), 741 - 748 .

American Academy of Pediatrics. (1996). Diagnostic and statistical manual for primary care (DSMPC) child and adolescent version . Elk Grove Village, IL : Author .

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC : Author .

Asher, S.R., & Dodge, K.A. (1986). Identifying children who are rejected by their peers. Developmental Psychology, 22, 444 - 449 .

Barkley, R.A. (1991). Attention - deficit hyperactivity disorder : A clinical workbook. New York : Guilford Press .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX : The Psychological Corporation .

Beidel, D.C., Fink, C.M., & Turner, S.M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. Journal of Abnormal Child Psychology, 24 (3), 257 - 269 .

Biederman, J., Wosniak, J., Kiely, K., Ablon, J.S., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E., & Kraus, I. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview derived diagnosis of mania from those with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 344 (4), 464 - 471 .

Bracken, B.A. (1991). Manual for the Multidimensional Self - Concept Scale. San Antonio, TX : The Psychological Corporation .

Breen, M.J., & Altepeter, T.S. (1991). Factor structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. Journal of Pediatric psychology, 16 (1), 59 - 67 .

Brown, T. (1996). Manual for the Brown Attention - Deficit Disorder Scales. San Antonio, TX : The Psychological Corporation .

Chen, W.J., Faraone, S.V., Biederman, J., Tsuang, M.T. (1994). Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention - deficit hyperactivity disorder : A receiver - operating characteristic analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (5), 1017 - 1025.

Conners, C.K. (1997). Manual for the Conners' Rating Scales - Revised. North Tonawanda, NY : Multi Health Systems .

Dunlap, G., Kern, L., dePerczel, M., Clarke, S., Wilson, D., Childs, K.E., White, R., & Falk, G.D. (1993). Functional analysis of classroom variables for students with emotional and behavioral disorders. Behavioral Disorders, 18 (4), 275 - 291 .

DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D., power, T.J., Reid, R., McGoey, K.E., & Ikeda, M.J. (1998). Parent ratings of ADHD symptoms : Factor structure, normative data, and psychometric properties. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20, 83 - 102 .

DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1999). The ADHD Rating Scale - IV manual. New York : Guilford Press .

DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., Reid, R., McGoey, K.E., Ikeda, M.J. (1997). Teacher ratings of ADHD symptoms : Factor structure, normative dara, and psychometric properties. Psychological Assessment, 9, 436 - 444 .

DuPaul, G.J., Power, T.J., McGoey, K.E., Ikeda, M.J., & Anastopoulos, A.D. (1998). Reliability and validity of parent and teacher ratings of attention / hyperactivity disorder symptoms. Journal of Psycho-

educaltional Assessment, 16, 55 - 68 .

Eiraldi, R.B., Power, T.J., & Nezu, C.M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention - deficit / hyperactivity disorder among 6 - to 12 - years - old children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (4), 503 - 514 .

Gadowk, K. (1997). Manual for the ADHD Symptom Checklist - 4. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). Manual for Social Skills Rating System, Parent, Teacher, Self - Report Forms. Ciricle Pines, MN : American Guidance Service .

Kolko, D.J., & Kazdin, A.E. (1993). Emotional / behavioral problems in clinic and nonclinic children : Correspondence among child, parent and teacher reports. Journal of Child Psychology and Pschiatry and Allied Disciplines, 34 (6), 991 - 1006 .

Kovacs, M. (1992). Manual for the Children's Depression Inventory. North Tonawanda, NY : Multi - Health Systems .

Laurent, J., Landau, S., & Stark, K.D. (1993). Conditional probabilities in the diagnosis of depressive and anxiety disorders in children. School Psychology Review, 22, 98 - 114 .

McCarney, S.B. (1996). Manual for the Attention Deficit Disorders Evaluation Scale (ADDES): School and home version rating forms. Columbia, MO : Hawthorne Educational Services .

Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM - IV symptoms fo ADHD in adult licensed drivers : Implications for clinical diagnosis. Journal of Attention Disorders, 1, 147 - 161 .

Naglieri, J.A., LeBuffe, P.A., & Pfeiffer, S.I. (1994). Manual for the Devereux Scales of Mental Disorders. San Antonio, TX: The Psychological Corporation .

Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). Antisocial boys. Eugene, OR : Castalia Press .

Pearson, D.A., & Aman, M.G. (1994).Ratings of hyperactivity and developmental indices : Should clinicians correct for developmental level? Journal of Autism and Developmental Disorders, 24, 395 - 411 .

Power, T.J., Doherty, B.J., Panichelli - Mindel, S.M., Karustis, J.L., Eiraldi, R.B., Anastopoulos, A.D., & DuPaul, G.J. (1998). The predictive validity of ADHD symptoms. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 20, 57 - 81 .

Power, T.J., & DuPaul, G.J. (1996). Attention - deficit hyperactivity disorder : The reemergence of subtypes. School Psychology Review, 25. 284 - 296 .

Reich, W., Leacock, N., & Shanfeld, K. (1995). Diagnostic Interview for Children and Adolescents : Parent version. St. Louis, MO : Washington University, Division of Child Psychiatry .

Reid, R. (1995). Assessment of ADHD with culturally different groups: The use of behavior rating scales. School Psychology Review. 24, 537 - 560 .

Reid, R., & Maag, J.W. (1994). How many fidgets in a pretty much : A critique of behavior rating scales for identifying students with ADHD. Journal of School Psychology. 32. 339 - 354 .

Reynolds, C.R., & Kamphaus. R.W. (1992). Manual for the Behavior Assessment Systems for Children. Circle Pines, MN : American Guidance Service .

Reynolds, C.R., & Richmond. B.O. (1985). Manual for the Revised Children's Manifest Anxiety Scales. What I Think and Feel . Los Angeles: Western Psychological Services .

Robin. A.L., & Foster. S.L. (1989). Negotiating parent - adolescent conflict : A behavioral - family systems approach. New York : Guilford Press.

Shaffer, D., & Fisher, P. (1996). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children. New York : New York State Psychiatric Institute .

Shapiro, E.S. (1996). Academic skills problems : Direct assessment and intervention (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and Family, 38 (1), 15 - 28 .

Szatmari, P., Offord, D.R., & Boyle, M.H. (1989). Ontario child health study : Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 219 - 230 .

Ullman, R., Sleator, S., Sprague, R., & MetriTech Staff. (1996). Manual for the comprehensive Teacher's Rating Scale : Parent form. Champaign, IL : MetriTech .

Wolraich, M.L., Feurer, I.D., Hannah, J.N., Baumgaertel, A., & Pinnock, T.Y. (in press). Obtaining systematic teacher report of disruptive behavior disorders utilizing DSM - IV. Journal of Abnormal Child Psychology .

مراجع الفصل الثالث

Abikoff, H., Gittelman - Klein, R., & Klein, D. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperacrive children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 772 - 783 .

Anesko, K.M., Schoiock, G., Ramirez, R., & Levine, F.M. (1987). The Homework Problems Checklist : Assessing children's homework difficulties. Behavioral Assessment, 9, 179 - 185 .

Barkley, R.A. (1991). The ecological validity of laboratory and analogue assessment methods of ADHD symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 19, 149 - 178 .

Barkley, R.A. (1997). Update on a theory of ADHD and its clinical manifestations. The ADHD Report, 5, 10 - 16 .

Cantwell, D.P., & Baker, L. (1991). Association between attention - deficit hyperactivity disorder and learning disorders. Journal of Learning Disabilities, 24, 88 - 95 .

Conners, C.K. (1990). Conners' Continuous Performance Test. North Tonawanda, NY: Multi - Health Systems.

Denckla, M.B. (1996). Biological correlates of learning and attention : What is relevant to learning disability and attention - deficit hyperactivity disorder? Developmental and Behavioral Pediatrics, 17, 114 - 119 .

DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., Guevremont, D., & Metevia, L. (1992). Multimethod assessment of attention - deficit hyperactivity disorder : The diagnostic utility of clinicbased tests. Journal of Clinical Child Psychology, 21, 394 - 402 .

DuPaul, G.J., Rapport, M.D., & Perriello, L.M. (1991). Teacher ratings of academic skills : The development of the Academic performance Rating Scale. School Psychology Review, 20, 284 - 300 .

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies. New York : Guilford Press .

Fisher, M., Newby, R.F., & Gordon, M. (1995). Who are the false negatives on continuous performance tests? Journal of Clinical Child Psychology, 24, 427 - 433 .

Frick, P.J., Kamphaus, R.W., Lahey, B.B., Loeber, R., Christ, M.A.G., Hart, E.L., & Tannenbaum, L.E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 289 - 294 .

Fuchs, D., Fuchs, L.S., Gilman, S., Reeder, P., Bahr, M.,

Fernstrom, P., & Roberts, H. (1990). Prereferral intervention through teacher consultation: Mainstream assistance teams. Academic Therapy, 25, 263 - 276.

Gettinger, M. (1986). Achievement as a function of time spent in learning and time needed for learning. American Educational Research journal 21, 617 - 628 .

Gordon, M. (1987). THe Gordon Diagnostic System. DeWitt, NY : Gordon Systems .

Greenberg, L. (1988). Tests of Variables of Attention. Los Alamitos: CA: Universal Attention Disorders.

Greenwood, C.R., Delquadri, J.C., & Hall, R.V. (1984). Opportunity to respond and student academic performance. In W.L. Heward, T.E. Heron, D.S. Hill, & Trap - Porter (Eds.), Focus on behavior analysis in education (pp. 55 - 88). Columbus, OH: Charles E. Merrill .

Halperin, J.M., Wolf, L.E., Greenbaltt, E.R., & Young, J.G. (1991). Subtype analysis of commission errors of the continuous performace tests in children. Developmental Neuropsychology, 7, 207 - 217 .

Ikeda, M.J., Tilly, D., Stumma, J., Volmer, L., & Allison, R. (1996). Agency - wide implementation of problem solving consultation : Foundations, Currnt implementation, and future direction. School Psychology Quarterly, 11, 228 - 248 .

Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1985). Kaufman Tests of Educational Achievement - Brief form. Circle Pines, MN: American Guidance Service .

Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1990). Kaufman Brief Intelligence test. Circle Pines, MN : American Guidance Service .

Marston, D., & Deno, S. (1995). Standard reading passages for screening and progress monitoring . Eden Prairie, MN : Children's Educa-

tional Services .

McDermott, P.A., Fantuzzo, J.W., Glutting, J.J., Watkins, M.W., & Baggaley, A.R. (1992). Illusions of meaning in the ipsative assessment of children's ability. Journal of Special Education, 25, 504 - 526 .

Moss, W.L., & Sheiffele, W.A. (1994). Can we differentially diagnose and attention deficit disorder without hyperactivity from a central auditory processing problem ? Child Psychiatry and Human Development, 25, 85 - 96 .

Power, T.J. (1992). Contextual factors in the vigilance testing of children with ADHD. Journal of Abnormal Child Psychology, 20 , 579 - 593.

Rouyke, B.P. (Ed.). (1995). Syndrome of nonverbal learning disabilities. New York : Guilford Press .

Sattler, J.M. (1992). Assessment of children (4th ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Shapiro, E.S. (1996). Academic skills problems : Direct assessment and intervention. New York : Guilford Press .

Sheridan, S.M., Kratochwill, T.R., & Bergan, J.R. (1996). Conjoint Behavioral Consultation : A procedural manual . New York : Plenum .

Shinn, M.R. (1997). Advances in curriculum - based measurement . New York : Guilford Press.

Tarnowski, K.J., Prinz, R.J., & Nay, S.M. (1986). Comparative analysis of attentional deficits in hyperactive and learning disabled children. Journal of Abnormal Psychology, 95, 341 - 345 .

Thorndike, R.L., Hagen, E.P., & Sattler, J.M. (1986). The Stanford - Binet Intelligence Scale (4th ed.). Chicago : Riverside .

Vanderploeg, R.D. (Ed.). (1994). Clinician's guide to neuropsychological assessment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates .

Wang, P.P., & Baron, M.A. (1997). Language : A code for communicating. In M.L. Batshaw (Ed.), Children with disabilities (4th ed., pp. 275 - 292). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co .

Watkins, M.W., Kush, J.C., & Glutting, J.J. (1997). Prevalence and diagnostic utility of the WISCIII SCAD profile among children with disabiltites . School Psychology Quarterly, 12, 235 - 248 .

Wechsler, D. (1991). Wechsler Intellingence Scale for Children (3rd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation .

Wechsler, D. (1992). Wechsler Individual Test. San Antonio, TX : The Psychological Corporation .

Wodrich, D.L. (1997). Children's psychological testing : A guide for nonpsychologists (3rd ed.). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

Woodcock, R.W., & Johnson, M.B. (1989). Wodcock - Johnson Psycho - Educational Battery - Revised. Allen, TX : DLM Teaching Resources .

مراجع الفصل الرابع

RESOURCES FOR PARENTS

Barkley, R.A. (1995). Taking change of ADHD: Th complete authoritative guide for parents. New York: Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Fowler, M.C. (1990). May be you know my kid. New York : Birch Lane Press, Carol Publishing Group. (To order, call [200] 866 - 0490).

Garrison, J.R. (1996). Living with a challenging child . Ann Arbor, MI: Servant Publications. (to order, call [800] 458 - 8505) .

Hallowell, E. (1996). When you worry about the child you love : Emotional and learning problems in children. New York : Simon &

[illegible] (To order, call [800] 223 - 2336) .

Koplewicz, H. (1996). It's nobody's fault : New hope for difficult children and their parents. New York : Random House . (To order, call [800] 733 - 3000) .

Murray, I. (1993). Looking back : Reminiscences from childhood and adolescence. In G. Weiss & L.T. Hechtman(Eds.), Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults (2nd ed., pp. 301 - 325). New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365- 7006) .

Parker, H.C. (1994). The ADD hyperactivity workbook for parents, teachers, and kids. Plantation, FL: Specialty Press, Inc. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Phelan, T.W. (1996). All about attention deficit disorder. Glen Ellyn, IL: Child Management, Inc. (To order, call [800] 442 - 4453) .

Silver, L.R. (1993). Dr. Larry Silver's advice to parents on attention deficit hyperactivity disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press. (To order, call [800] 368 - 5777) .

Taylor, J.F. (1994) . Helping your hyperactive attention deficit child. Rocklin, CA: Prima Publishing. (To order, call [800] 632 - 8676) .

Wodrich, D.L. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder: What every parent wants to Know. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. (To order, call [800] 638 - 3775) .

RESOURCES FOR CHILDREN

Amen, D.G. (1995). A child's guide to attention deficit disorder. Fairfied, CA : MindWorks Press. (To order, call [800] 626 - 2720 * 400) .

Dunn, K.B., & Dunn, A.B. (1993). Trouble with school : A family story about learning disabilities. Bethesda, MD: Woodbine House. (To order, call [800] 843 - 7323) .

[illegible]

[illegible] ([illegible]). *I'm somebody too.* Fairport, NY: Verbal Images Press. [For siblings] (To order call [716] 377 - 3807).

Gordon, M. (1993). *Jumpin' Johnny get back to work !* DeWitt, NY: GSI Publications, Inc. (To order, call [315] 446 - 4849).

Levine, M. (1990). Keeping ahead in school : A student's book learning abilities and learning disorders . Cambridge, MA : Educators Publishing Service. (To order, call [800] 225 - 5750) .

Nadeau, K.G., & Dixon, E.B. (1997). Learning to slow down and pay attention : A book for kids about ADD (2nd ed.). New York : Brunner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089) .

Quinn, P.O., & Stern, J.M. (1991). Putting on the brakes : Young people's guide to understanding attention deficit hyperactivity disorder. New York : Magination Press. (To order, call [800] 374 - 2721) .

Stern, J.M., & Quinn, P.O. (Eds.). Brakes: The interactive newsletter for kids with ADD. New York: Burnner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089) .

Thompson, M. (1992). My brother Matthew. Bethesda, MD : Woodbine House (for siblings of a child with a disability, but not specifically about ADHD) . (To order, call [800] 843 - 7323) .

RESOURCES FOR TEACHERS

Barkley, R.A. (1994). ADHD in the classrooms : Strategies for teachers [Videotape]. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Brooks, (1991). The self - esteem teacher. Circle Pines, MN :

American Guidance Service. (To order, call [800] 328 - 2560) .

Davis, L., Sirotowitz, S., & Parker, H.C. (1996). Study Strategies made easy : A practical plan for school success. Plantation, FL : Specialty Press, Inc. (To order, call [800] 233 - 9273 [also available on video-taped]) .

Dornbush, M.P., & Pruitt, S.K. (1995). Teaching the tiger : A handbook for individuals involved in the teaching of students with attention deficit disorder, Tourette Syndrome , or obsessive compulsive disorder. Duarte, CA: Hope Press. (To order, call [800] 321 - 4039) .

DuPaul, G., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Fowler, M., Barkley, R.A., Reeve, R., & Zentall, S. (1995). The educator's in - service program and manual : Attention deficit disorders. Plantation, FL : CH.A.D.D. (To order, call [305] 587 - 3700) .

Goldstein, S. (1994). Understanding and managing childre's classroom behavior. New York : John Wiley & Sons. (To order, call [800] 225 - 5945) .

Gordon, S.B., & Asher, M.J. (1994). Meeting the ADD challenge : A practical guide for teachers. Champaign, IL : Research Press. (To order, call [800] 519 - 2707) .

Parker, H.C. (1992). The ADD hyperactivity handbook for school. Plantation, FL: Specialty Press, Inc. (To order, call [800] 233 - 9273).

Reif, S.F. (1993). How to reach and teach ADD / ADHD children. West Nyack, NY : Center for Applied Research in Education. (To order, call ADD WareHouse [800] 233 - 9273).

Shapiro, E.S., & Cole, C.L. (1994). Behavior change in the classroom: Self - management interventions. New York: Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

RESOURCES FOR CLINICIANS

Anastopoulos, A.D. (1995). Facilitating parental understanding and management of attention - deficit / hyperactivity disorder. In A Reinecke, F.M. Dattile, & A. Freeman (Eds.), Cognitive therapy with children and adolescents (pp. 327 - 343). New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006).

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). Communication with parents, Professionals, and students. In ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies (pp. 199 - 216). New York: Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006).

REFERENCES

Abikoff, H. (1985). Efficacy of cognitive training inervention in hyperactive children: A critical review. Clinical Psychology Review, 5, 479 - 512 .

Barkley, R.A. (1988). Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E., Vallano, G., Dixon, M.J., & Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention - defici hyperactivity disorder in the classroom. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 506 - 515 .

Pelham, W.E., & Murphy, H.A. (1986). Attention deficit and conduct disorders. In M. Hersen (Ed.). Pharmacological and behavioral treatments: An integrative approach (pp. 108 - 148). New York : John Wiley & Sons.

Power, T.J., Atkins, M.S., Osborne, M.L., & Blum, N.J. (1994). The school psychologist as manager of programming for ADHD. School Psychology Review, 23, 279, 291 .

مراجع الفصل الخامس

Barkley, R.A. (1995). Taking charge of ADHD : The complete authoritative guide for parents. New York : Guilford Press .

Bakley, R.A. (1997). Defiant children : A clinician's manual for parent training (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder : A manual for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press.

Bernhardt, A.J., & Forehand, R. (1975). The effects of labeled and Unlabeled praise upon lower and middle class children. Journal of Experimental Child Psychology, 19, 536 - 543 .

Blum, N.J., Williams, G.E., Friman, P.C., & Christophersen, E.R. (1995). Disciplining young children : The role of verbal instructions and reasoning. Pediatrics, 96, 336 - 341 .

Carey, W.B., & McDevitt, S.C. (1995). Coping with children's temperament : A guide for professionals. New York : Basic Books .

Forehand, R., & McMahon, R. (1981). Helping the non - compliant child : A clinician's guide to parent training. New York : Guilford Press .

Friedman, S.B., & Schonberg, S.K. (Eds.). (1996). The short and long term consequences of coroporal punishment. Pediatrics, 98, 803 - 860 .

Graziano, A.M., Hamblen, J.L., & Plante, W.A. (1996). Subabusive violence in child rearing in middle class American families . Pediatrics, 98, 845 - 848 .

Hyman, I.A. (1996). Using resrearch to change public policy : Reflections on 20 years of effects to eliminate corporal punishment in schools.

Pediatrics, 98, 818 - 821 .

Larzelere, R.E. (1996). A review of the outcomes of parental use of nonabusive or customary physical punishment. Pediatrics, 98, 824 - 828.

Madsen, C.H., Becker, W.C., Thomas, D.R., Koser, L., & Plager, E. (1968). An analysis of the reinforcing function of "sit - down" commands. In R.K. Parker (Ed.), Reading in educational psychology (pp. 265 - 278). Needham Heights, MA : Allyn & Bacon .

Moore, L.A., Waguespack, A.M., Wickstrom, K.F., Witt, J.C., & Gaydos, G.R. (1994). Mystery motivator : An effective and time efficient intervention. School Psychology Review, 23, 106 - 118 .

Parrish, J.M., Cataldo, M.F., Kolko, D.J., Neef, N.A., & Egel, A.L. (1986). Experimental analysis of response covariation among compliant and inappropriate behaviors. Journal of Applied Behavior Analysis, 19, 241 - 254 .

Patterson, G.R. (1982). Coercive family Process. Eugene, OR: Castalia.

Pfiffner, L.J., & O'leary, S.G. (1993). School - based psychological treatments. In J.L. Matson (Ed.), Handbook of hyperactivity in children (pp. 234 - 255). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon .

Rapport, M.D., Murphy, A., & Bailey, J.S. (1982). Ritalin versus response cost in the control of hyperactivity children : A within subject comparison. Jorunal of Applied Behavior Analysis, 15, 205 - 216 .

Robin, A.L., & Foster, S.L. (1989). Negotiating parent - adolescent conflict : A behavior - family systems approach. New York : Guilford Press .

Shriver, M.D., & Allen, K.D. (1996). The time - out grid : A guide to effective discipline. School Psychology Quarterly, 11, 67 - 74 .

Socolar, R.R.S., & Stein, R.K. (1996). Maternal discipline of young

children . Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 17, 1 - 8.

Straus, M.A., Sugarman, D.B., & Giles - Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsquent antisocial behavior of children. Archives of Pediatric and Adolscent Medicine, 151, 761 - 767 .

Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., Hertzig, M.E., & Korn, S. (1963). Behavioral individuality in early childhood. New York : New York University Press .

Wahler, R.G., & Dumas, J.E. (1989). Attentional problems in dysfunctional mother - child interactions: An interbehavioral model. Psychological Bulletin, 105, 116 - 130 .

RESOURCES FOR CLINICIANS

Barkley, R.A. (1997). Defiant children : A clinician's manual for parent training (2nd ed.). New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Forehand, R., & McMahon, R. (1981). Helping the non - compliant child : A clinician's guide to parent training. New York: Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Robin, A.L., & Foster, S.L. (1989). Negotiating parent - adolescent conflict : A behavioral - family systems approach. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

RESOURCES FOR PARENTS

Barkley, R.A. (1995). Taking charge of ADHD : The complete authoritative guide for parents. New York : Guilford Press . (To order, call [800] 365 - 7006).

Becker, W. (1971). Parents are teachers : A child management program. Champaign, IL : Research Press. (To order, call [800] 519 - 2707).

Blechman, E.A. (1985). Solving child behavior problems at home and

at school. Champaign, IL Research Press. (To order, call [800] 519 - 2707).

Clark, L. (1996). SOS help for parents: A practical guide for handling common everyday behavior problems (2nd ed.). Bowling Green, KY: Parents Press. (To order, call [800] 576 - 1582; also available on videotape) .

Patterson, G.R. (1976). Living with children : New methods for parents and teachers. Champaing, IL: Research Press. (To order, call [800] 519 - 2707) .

Parker, H.C. (1996). The ADD hyperactivity workbook for parents, teachers, and kids (2nd ed.). Plantation, FL: Impact. (To order, call ADD Warehouse [800] 233 - 9273) .

Phelan, T.W. (1997). 1-2-3 magic : Training your child to do what you want ! (2nd ed.). Glen Ellyn, IL : Child Management, Inc. (To order, call [800] 442 - 4453; also available on videotape) .

مراجع الفصل السادس

Abramowitz, A.J., & O'leary, S.G. (1991). Behavioral interventions for the classroom : Implications for students with ADHD. School Psychology Review, 20, 220 - 234 .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York : Guilford Press..

Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defind by research criteria. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 775 - 789 .

Becker, W.C., & Carnine, D.W. (1981). Direct instruction : A behav-

ior therapy model for comprehensive educational intervention with the disadvantaged. In S.W. Bijou & R. Ruiz (Eds.), behavior modification : Contributions to education (pp. 145 - 210). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates .

Bowen, J., Olympia, D., & Jenson, W.R. (1994). Study buddies: A Parent - to - child tutoring program in reading, math, and spelling. Longmont, Co: Sopris West .

Bradley, K.L., & Shapiro, E.S. (1997, April). The effects of a self - management intervention on the classroom behavior of young adolescents with attention deficit / hyperactivity disorder. Paper presented at the annual convention of the National Association of School Psychologists, Anaheim, CA .

Conte, R., Kinsbourne, M., Swanson, J., Zirk, H., & Samuels, M. (1987). Presentaion rate effects on paired associate learning by attention deficit disordered children. Child Development, 57, 681 - 687 .

Dailey, E.M., & Rosenberg, M.S. (1994, Fall). ADD, computers, and learning. Attention!, 8 - 16 .

DuPaul, G.J., Hook, C.L., Ervin, R., & Kyle, K. (1995, August). Effects of classwide peer tutoring on students with attention deficit hyperactivity disorder. Paper presented at the annual convention of the National Association of school Psychologists, New York .

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies. New York : Guilford Press .

Evans, S.W., Pelham, W.E., & Grudberg, M.V. (1995). The efficacy of notetaking to improve behavior and comprehension of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Exceptionality, 5, 1 - 17 .

Gickling, E., & Armstrong, D.L. (1978). Levels of instructional difficulty as related to on - task behavior, task completion, and comprehension.

Journal of Learning Disabilities, 11, 559 - 566 .

Gickling, E., & Thompson, V.P. (1985). A Personal view of curriculum - based assessment. Exceptional Children, 52, 205 - 218 .

Greenwood, C.R., Delquadri, J., & Carta, J.J. (1988). Classwide peer tutoring. Seattle : Educational A chievement Systems .

Hallowell, E.M. (1995, August). Coaching : An adjunct to the treatment of ADHD. The ADHD Report, 3 (4), 7 - 9 .

Kahle, A.L., & Kelley, M.L. (1994). Children's homework problems: A comparison of goal setting and parent training. Behavior Therapy, 25, 275 - 290 .

Kavale, K. (1990). The effectiveness of special education. In T.B. Gutkin & C.R. Reynolds (Eds.), The handbook of school psychology (2nd ed., pp. 868 - 898). New York : John Wiley & Sons .

Kelley, M.L. (1990). School - home notes : Promoting children's classroom success. New York : Guilford Press .

Lam, A.L., Cole, C.L., Shapiro, E.S., & Bambara, L.M. (1994). Relative effects of self - monitoring on - task behavior, academic accuracy, and disruptive behavior in students with behavior disorders. School Psychology Review, 23, 44 - 58 .

Lentz, F.E. (1988). Reductive procedures. In J.C. Witt, S.N. Elliott, & F.M. Gresham (Eds.), Handbook of behavior therapy in education (pp. 439 - 468). New York : Plenum .

McCormack, A., & Leonard, F. (1994). Learning accommodations for ADD students. In P.O. Quinn (Ed.), ADD and the college student (pp. 75 - 84). New York : Magination Press .

Olympia, D., Jenson, W.R., Clark, E., & Sheridan, S. (1992). Training parents to facilitate homework completion : A model for home - school collaboration. In S.L. Christenson & J.C. Conoley (Eds.), Home -

school collaboration : Enhancing children's academic and social competence (pp. 309 - 331). Silver Spring, MD : National Association of School Psychologists .

Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E., Vallano, G., Dixon , M.J., & Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention - deficit hyperactivity disorder in the classroom. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 506 - 515 .

Pfiffner, L.J., & O'Leary, S.G. (1993). School - based psychological treatments. In J.L. Maston (Ed.), Handbook of hyperactivity in children (pp. 234 - 255). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon .

Power, T.J., Atkins, M.S., Osborne, M.S., & Blum, N.J. The School psychologist as manager of programming for ADHD. School Psychology Review, 23, 279 - 291 .

Power, T.J., Hess, L.E., & Bennett, D.S. (1995). The acceptability of interventions for attention - deficit hyperactivity disorder among elementary and middle school teachers. Developmental and Bahvioral Pediatrics, 16, 238 - 243 .

Rapport, M.D., Denney, C., DuPaul, G.J., & Gardner, M.J.(1994). Attention deficit disorder and methylphenidate : Normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 882 - 893 .

Rapport, M.D., Murphy, A., & Bailey, J.S. (1982). Ritalin vs. response cost in the control of hyperactivity children: A within subject comparison. Journal of Applied Behavior Analysis, 15, 205 - 216 .

Rhode, G., Jenson, W.R., & Reavis, H.K. (1992). The tough kid book: Practical classroom management strategies. Longmont, CO: Sopris West .

Rhode, G., Morgan, D.P., & Young, K.R. (1983). Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular classrooms using self - evalutation procedures. Journal of Applied Behavior Analysis, 16, 171 - 188 .

Rosenbaum, A., O'Leary, S.G., & Jacob, R.G. (1975). Behavioral interventions with hyperactive children : Group consequence a supplement to individual contingencies. Behavior Therapy, 6, 315 - 323 .

Shapiro, E.S., DuPaul, G.J., Bradley, K.L., & Bailey, L.T. (1996). A school - based consultation model for service delivery to middle school students with attention deficit disorder. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 4, 73 - 81 .

Shinn, M.R. (Ed), (1989). Curriculum - based measurement : Assessing special children. New York: Guilford Press .

Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). Hyperactive chlidren grown up: ADHD in children, adolescents, and adults (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Zentall, S.S., Dwyer, A.M. (1988). Color effects on the impulsivity and activity of hyperactive children. Journal of School Psychology, 27, 165 - 174 .

Zentall, S.S., & Meyer, M.J. (1987). Self - regulation of stimulation for ADD - H children during reading and vigilance task performance. Journal of Abnormal Child Psychology, 15, 519 - 536 .

RESOURCES FOR PARENTS

Bowen, J., Olympia, D., & Jenson, W.R. (1994). Study buddies : A parent - to - child tutorning program in reading, math, and spelling. Longmont, CO: Sopris West. (To order, call [800] 547 - 6747) .

Cutler, B.C. (1993). You, your child, and special educations: A guide to making the systems work. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

(To order, call [800] 638 - 3775) .

Gordon, M. (1990). ADHD / hypercativity : A consumer's guide. De-Witt, NY: GSI Publications. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Parker, H.C. (1988). The ADD hyperactivity workbook for parents, teachetrs, and kids (2nd ed.). Plantation, FL: Imact. (To order, call [800] 233 - 9273) .

RESOURCES FOR TEACHERS

Gordon, S.B., & Asher, M.J. (1993). Meeting the ADD challenge : A practical guide for teachers. Champaign, IL : Research Press. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Fowler, M. (1992). The CH.A.D.D. educator's manual. Plantation, FL: Impact. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Olympia, D., Andrews, D., Valum, L., & Jenson, W. (1994). Home-work teams: Homework management strategies for the classroom. Long-mont, CO: Sopris West. (To order, call [800] 547 - 6747) .

Parker, H.C. (1992). The ADD hyperactivity handbook for schools. Plantation, FL: Impact. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Rhode, G., Jenson, W., & Reavis, H.K. (1992). The tough kid book: Practical classroom management strategies. Longmont, CO: Sopris West. (To order, call [800] 547 - 6747) .

RESOURCES FOR CLINICIANS

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies. New York: Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Kelley, M.L. (1990). School - home notes: Promoting children's classroom success. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Kendall, P.C., & Braswell, L. (1993). Cognitive - behavioral therapy

for impulsive children. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

Shapiro, E.S., & Cole, C.L. (1994). Behavior change in the classroom: Self - management interventions. New York : Guilford Press. (To order, call [800] 365 - 7006) .

مراجع الفصل السابع

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 65 - 94 .

Coie, J.D., & Dodge, K.A. (1983). Continuities and changes in children's social status: A five - year longitudinal study. Merrill - Palmer Quarterly, 29, 261 - 282 .

Costigan, T.E., Zupan, B.A., Hinshaw, S.P., & McGuffin, P.W. (1995, November). Peer instigators and social - information processing: Effects of behavioral characteristics on attribution and response decision. Poster presented at the 29th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC .

Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information - processing mechanisms in children's social adjustment. Psychological Bulletin, 115, 74 - 101 .

Dodge, K.A., & Frame, C.L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. Child Development, 53, 620 - 635 .

Dowrick, P.W. (1991). Practical guide for using video in the behavioral sciences. New York : Wiley Inter - science .

DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies. New York : Guilford Press .

Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). The Social Skills Rating Sys-

tem. Circle Pines, MN : American Guidance Service .

Guevremont, D. (1990). Social skills and peer relationship training. In R.A. Barkley (Ed.), Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment (pp. 540 - 572). New York : Guilford Press .

Hoza, B., & Pelham, W.E. (1995). Social - cognitive predictors of treatment response in children with ADHD. Journal of Social and Clinical Psychology, 14, 23 - 35 .

Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) of 1990, PL - U.S.C. §§ 1400 et seq .

Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, PL 105 - 17, 20 U.S.C. §§ 1400 et seq .

Kendall, P.C., & Braswell, L. (1993). Cognitive - behavioral therapy for impulsive children. New York : Guilford Press .

Kupersmidt, J.B., Leff, S.L., & Patterson, C., (1996, August). Teacher and peer reports of bullying and victimization. Poster presented at the 14th biennial meeting of the International Society for the study of Behavioral Development, Quebec City, Quebec, Canada .

Melnick, S.M., & Hinshaw, S.P. (1996). What they want and what they get : The social goals of boys with ADHD and comparison boys. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 169 - 185 .

Murphy, H.A., Hutchison, J.M., & Bailey, J.S. (1983). Behavioral school psychology goes outdoors: The effects of organized games on playground. Journal of Applied Behavior Analysis, 16, 29 - 35 .

Parker, J.G., & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment : Are low - accepted children at risk ? Psychological Bulletin, 102, 357 - 389 .

Pelham, W.E., & Bender, M.E. (1982). Peer relatioships in hyperac-

tive children : Description and treatment. In K.D. Gadow & I. Bialer (Eds.), Advances in learning and behavioral disabilities (Vol. 1, pp. 365-436). Greenwich, CT : JAI Press .

Sheridan, S.M. (1995). The tough kid social skills book. Longmont, CO: Sopris West .

Shure, M.B., & Spivack, G. (1978). Problem - solving techniques in childrearing. San Francisco: Jossey - Bass .

Walker, H., & McConnell, (1988). Walker - McConnell Scale of Social Competence. Austin, TX : PROED .

Whalen, C.K., & Henker, B. (1992). The social profile of attention - deficit huperactivity disorder: Five fundamental facts. Attention - Deficit Hyperactivity Disorder, 1 (2), 395 - 410 .

RESOURCES FOR PROFESSIONALS

Kendall, P.C., & Braswell, L.(1993). Cognitive - behavioral therapy for impulsive children. New York: Guilford Press. (72 Spring Street, New York, NY 10012 ; [800] 365 - 7006) .

Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J., & Klein, P. (1985). Skillstreaming the adolescent. Champaign, IL : Research Press. (Department, 97, Post Office Box 9177, Champaign, IL 61826 ; [800] 519 - 2707) .

McGinnis, E., & Goldstein, A.P. (1984). Skillstreaming the elementary school child : A guide for teaching prosocial skills. Champaign, IL: Research Press. (Department 97, Post office Box 9177, Cahmpaign, IL 61826 ; [800] 519 - 2707) .

Sheridan, S.M. (1996). The tough kid social skills book. Longmont, CO: Sopris West. (1140 Boston Avenue, Longmont, CO 80501; [303] 651 - 2829) .

Shure, M.B. (1992) . I Can Problem Solve: An interpersonal cogni-

tive problem solving program. (ADD Warehouses, 300 Northwest 70 th Avenue, suite 102, Plantation, FL 33317 ; [800] 233 - 9273) .

Walker, H.M., McConnell, S., Holmes, D., Todis, B., Walker, J., & Golden, N. The ACCEPTS Program: A curriculum for chlidren's effective peer and teacher skills. Austin, TX: PRO - ED. (8700 Shoal Creek Boulevard, Austin, TX 78757 - 6897; [512] 451 - 3246) .

RESOURCES FOR CHILDREN AND YOUTH

The Good Behavior Game. (To odrder, call A.D.D. Warehouse [800] 233 - 9273) .

The Social Skills Game. (To order, call A.D.D. Warehouse [800] 233- 9273) .

ASSESSMENT TOOLS

Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). The Social Skills Rating System. Circle Pines, MN : American Guidance Service. (4201 Woodland Road, Post Office Box 99, Circle Pines, MN 5514 - 1796; [800] 328 - 2560) .

Walker, H., McConnell, S. (1988). Walker - McConnell Scale of Social Competence. Austin, TX: PROED. (8700 Shoal Creek Boulevard, Austin, TX 78757 - 6897; [512] 451 - 3246) .

مراجع الفصل الثامن

Adler, L.A., Resnick, S., Kunz, M., & Devinsky, O. (1995). Open - label trial of venlafaxine in adults with attention deficit disorder. Pychopharmacology Bulletin, 31, 785 - 788 .

Ahmann, P.A., Waltonen, S.J., Olson, K.A., Theye, F.W., Van Erem, A.J., & LaPlant, R.J. (1993). Placebo - controlled evaluation of Ritalin side effects. Pediatrics, 91, 1101 - 1106 .

Ametican Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Prac

tice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention - deficit / hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 365, 855 - 121S.

American Psychiatric Assocition. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC : Author .

Arnsten, A.F.T., Steere, J.C., & Hunt, R.D. (1996). The contributionof a 2 - noradrenergic mechanisms to prefrontal cortical cognitive function. Archives of General Psychiatry, 53, 448 - 455 .

Barrickman, L.L., Noyes, R., Kuperman, S., Schumacher, E., & Verda, M., (1991). Treatment of ADHD with fluoxetine : A preliminary trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 762 - 767 .

Barrickman, L.L., Perry, P.J., Allen, A.J., Kuperman, S., Arndt, S.V., Herrmann, K.J., & Schumacher, E. (1995). Bupropion versus methylphenidate the treatment of attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 649 - 657 .

Borcherding, B.G., Keysor, C.S., Rapoport, J.L., Elia, J., & Amass, J. (1990). Motor / vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs : Is there a common vulnerability ? Psychiatry Research, 33, 83 - 94.

Bordie, M.J. (1992). Drug interactions in epilepsy. Epilepsia, 33 (Suppl. 1), S13 - S22 .

Brown, R.T., & Sexson, S.B. (1989). Effects of methylphenidate on cardiovascular responses in attention deficit hyperactivity disordered adolescents. Journal of Adolescent Health Care, 10, 179 - 183 .

Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder : A review of the

past 10 years. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978 - 987 .

Cantwell, D.P., Swanson, J., & Connor, D.F (1997). Case study : Adverse response to clonidine. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 539 - 544 .

Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Elia, J., Marsh, W.L., Ritchie, G.F., Hamburger, S.D., & Rapoport, J.L. (1997). Controlled stimulant treatment of ADHD and comorbid Tourette's syndrome : Effects of stimulant and dose. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 589 - 596 .

Chappell, P.B., Riddle, M.A., Scahill, L., Lynch, L., Lynch, K.A., Schultz, R., Arnsten, A., Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (1995). Guanfacine treatment of comorbid attention - deficit hyperactivity disorder and Tourette's syndrome : Preliminary clinical experience. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1140 - 1146.

Commings, D.E. (1990a). ADHD in Tourette syndrome. In Tourette syndrome and human behavior (pp. 99 - 104). Duarte, CA : Hope Press.

Commings, D.E. (1990b). ADHD secondary to a Gts gene. In Tourette syndrome and human behavior (pp. 259 - 262). Duarte, CA : Hope Press.

Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics. (1996). Medication for children with attention disorders. Pediatrics, 98, 301 - 304 .

Conners, C.K., Casat, C.D., Gualtieri, C.T., Weller, E., Reader, M., Reiss, A., Weller, R.A., Khayrallah, M., & Ascher, J. (1996). Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 35, 1314- 1321 .

Coull, J.T. (1994). Pharmacological manipulations of the alpha 2 - noradrenergic system : Effects on cognition. Drugs & Aging, 5, 116 - 126.

Cueva, J.E., Overall, J.E., Small, A.M., Armenteros, J.L., Perry, R., & Campbell, M. (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder : A double - blind and placebo - controlled study. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 480 - 490 .

Daly, J.M., Biederman, J., Bostic, J.Q., Maraganore, A.M., Lelon, E., Jellinek, M., & Lapey, A. (1996). The relationship between childhood asthma and attention deficit hyperactivity disorder : A review of the literature. Journal of Attention Disorders, 1, 31, 41 .

Effron, D., Jarman, F., & Barker, M. (1997). Side effects of methylphenidate and dextroamphetamine in children with attention deficit hyperactiviy disorder : A double - Blind, Crossover trial. Pediatrics. 100, 662-666.

Elia, J., Borcherding, B.G., Rapoport, J.L., & Keysor, C.S. (1991). Methylphenidate and dextroamphetamine treatment of hyperactivity: Are there true nonresponders ? Psychiatry Research, 36, 141 - 155 .

Fava, M. (1997). Psychopharmcologic treatment of pathologic aggression. Psychiatric Clinics of North America, 20, 427 - 451 .

Feldman, H., Crumrine, P., Handen, B.L., Alvine, R., & Teodori, J. (1989). Methylphenidate in children with seizures and attention - deficit disorder. American Journal of Diseases of Children, 143, 1081 - 1086 .

Flemenbaum, A. (1972). Hypertensive episodes after adding methylphenidate (Ritalin) to tricyclic antidepressants. Psychosomatics, 13, 265 - 268 .

Gadow, K.D., Sverd, J., Sprafkin, J., Nolan, E.E., & Ezor, S.N.

(1995). Effects of methylphenidate for attention - deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. Archives of General Psychiatry, 52, 444 - 455 .

Gammon, G.D., & Brown, T.E. (1993). Fluoxetine and methylphenidate in combination for treatment of attention deficit disorder and comorbid depressive disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 3, 1 - 10 .

Gardner, D. (1996). Bupropion : Pharmacologi and clinical update. Child and Adolescent Psychoppharmacology News, 1, 1 - 13 .

Gardner, E.J. (1996). Clonidine : Finding its place in child psychiatry. Child and Adolescent Psychopharmcology News, 1, 8 - 9 .

Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1168 - 1176 .

Golden, G.S. (1993). Treatment of attention deficit disorder. In R. Kuraln (Ed.), Handbook of Tourette's syndrome and related tic and behavioral disorders (pp. 423 - 430). New York : Marcel Dekker .

Goodnick, P.J. (1994). Pharmacokinetic optimisation therapy with newer antidepressants. Clinical Pharmacokinetics, 27, 307 - 330 .

Green, W.H. (1995a). Child and adolescent clinical psychopharmacology (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins .

Green, W.H. (1995b). The treatment of attention - deficit hyperactivity disorder with non - stimulant medications. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4, 169 - 195 .

Greenhill, L.L. (1995). Attention - deficit hyperactivity disorder : The stimulants. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4, 123 - 168 .

Gross - Tsur, V., Manor, O., van der Meere, J., Joseph, A., Shalev, R.S. (1997). Epilepsy and attention defict hyperactivity disorder : Is methylphenidate safe and effective ? Jorunal of Pediatrics, 130, 670 -- 674.

Handen, B.L. (1993). Pharmacotherapy in mental retardation and austism. School Psychology Review, 22, 162 - 183 .

Handen, B.L., Feldman, H., Gosling, A., Breaux, A.M., & McAuliffe, S. (1991). Adverse side effects of methylphenidate among mentally retarded children with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 241 - 245 .

Hedges, D., Reimherr, F.W., Rogers, A., Strong, R., & Wender, F.H. (1995). An open trial of venlafaxine in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. Psychopharmacology Bulletin, 31, 779 - 783.

Horrigan, J.P., & Barnhill, L.J. (1995). Guanfacine for treatment of attention - deficit hyperactivity disorder in boys. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 5, 215 - 223 .

Huk, S.G. (1989). Transient exacerbation of tics treatment of Tourette's syndrome with clonidine. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 28, 583 - 586 .

Hunt, R.D., Arnsten, A.F.T., & Asbell, M.D. (1995). An open trial of guanfacine in the treatment of attention - deficit hyperactivity disorder. Joruanal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 50 - 54 .

Hunt, R.D., Capper, L., & O'Connell, P. (1990). Clonidine in child and adolescent psychiatry. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 1, 87 - 101 .

Hunt, R.D., Minderaa, R.B., & Cohen, D.J. (1985). Clonidine bene-

fits children with attention deficit disorder and hyperactivity : Report of a double - blind placebo - controlled crossover study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24, 617 - 629.

Jankovic, J. (1993). Deprenyl in attention deficit associated with Tourette's syndrome. Archives of Neurology, 50, 286 - 288 .

Klein, R.G. (1993) Clinical efficacy of methylphenidate in children and adolescents. Encephale, 19, 89 - 93 .

Klein, R.G., Abikoff, H., Klass, .E., Ganeles, D., Seese, L.M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 54, 1074 - 1080 .

Kutcher, S.P. (1996). Adderall, a possible medication for ADHD. child and Adolescent Psychopharmacology News, 1, 6 .

Leonard, H.L., March, J., Rickler, K.C. , & Allen, A.J. (1997). Pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 725 - 736 .

Leonard, H.L., Meyer, M.C., Swedo, S.E., Richter, D., Hamburger, S.D., Allen, A.J., Rapoport, J.L., & Tucker, E. (1995). Electrocardiographic during desipramine and clomipramine treatment in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1460 - 1468 .

Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention - deficit hyperactivity disorder : A category or a contiuum ? Analysis of a large - scale twin study. Jorunal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 737 - 744 .

Lipkin, P.H., Goldstine, I.J., & Adesman, A.R. (1994). Tics and dyskinesias associated with stimulant treatment of attention - deficit hyper-

activity disorder. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 148, 859 - 961 .

Lombroso, P.J., Scahill, L., King, R.A., Peterson, B.S., Lynch, K.A., & Leckman, J.F (1995). Risperidone treatment of children and adolescent with chronic tic disorders : A preliminary report . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1147 - 1152.

Lufi, D., Parish - Plass, J., & Gai, E. (1997). The effect of methylphenidate on the cognitive and personality functioning of ADHD children. Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 34, 200 - 209 .

McCracken, J.T., & Martin, W. (1997). Clonidine side effect [Letter]. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 160 .

Mercugliano, M., Batshaw, M., Steinberge, A., & Wang, P. (n.d). Case series: Phobias, obsessions, compulsions, and hallucinations as side effects of clonidine and guanfacine treatment. Manuscript submitted for publication .

Nolan, E.E., & Gadow, K.D. (1997). Children with ADHD and tic disorder and their classmates : Behavioral normalization with methulphenidate. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 36, 597 - 604 .

Pearson, D.A., & Aman, M.G. (1994). Ratings of hyperactivity and developmental indices: Should clinicians correct for developmental level? Journal of Autism and Developmental Disorders, 24, 395 - 411 .

Physicians' desk reference. (1997). Montvale, NJ: Medical Economics Data .

Pliszka, S.R. (1989). Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 882 - 887 .

Power, T.J., & Mercugliano, M. (1997). Tic disorders. In G.G. Bear, K.M. Mink, & A. Thomas (Eds.), Children's needs : II. Development, Problems, and alternative (pp. 887 - 896). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists .

Prince, J.B., Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer. T.J., & Wozniak, J.R. (1996). Clonidine for sleep disturbances associated with attention - deficit hyperactivity disorder : A systematic chart review of 62 cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 599 - 605 .

Rapoport, J.L., Buchsbaum, M.S., Zahn, T.P., Weingartner, H., Ludlow, C., & Mikelson, E.J. (1978). Dexroamphetamine: Cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. Science, 199, 560 - 563.

Rapport, M.D., & Denney, C. (1997). Titrating methylphenidate in children with attention deficit / hyperactivity disorder: Is body mass predictive of clinical response ? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 523 - 530 .

Rapport, M.D., & Kelly, K.L. (1991). Psychostimulant effects on learning and cognitive function: Findings and implications for children with attention deficit hyperactivity disorder. Clinical Pshchology Review, 11, 61 - 92 .

Richardson, E., Kupietz S.S., Winsberg, B.G., Maitinsky, S., & Mendell, N. (1988). Effects of methylphenidate dosage in hyperactive reading - disabled children : II. Reading achievement. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 78 - 87 .

Richters, J.E., Arnold, L.E., Jensen, P.S., Abikoff, H., Conner, C.K., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E., & Swanson, J.M. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treat-

ment study of children with ADHD : I. Background and rationala. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 987 - 1000 .

Riddle, M.A., Lynch, K.A., Schail, L., DeVries, A., Cohen, D.J., & Leckman, J.F. (1995). Methlphenidate discontinuation and reinitiation during long - term treatment of children with Tourette's disorder and attention - deficit hyperactivity disorder: A pilot study. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 5, 205 - 214 .

Riggs, P.D., Thompson, L.L., Mikulich, S.K., Whitmore, E.A., & Crowley, T.J. (1996). An open trial of pemoline in drug - dependent delinquents with attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1018 - 1024.

Rosenstein, D.L., Nelson, J.C., & Jacobs, S.C. (1993). Seizures associated with antidepressants : A review. Journal of Clinical Psychiatry, 54, 289 - 299 .

Safer, D.J. (1992). Relative cardiovascular safety of psychostimulants used to treat attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 2, 279 - 290 .

Safer, D.J., Zito, J.M., & Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1900s. Pediatrics, 98, 1084 - 1088 .

Schachar, R.J., Tannack, R., Cunningham, C., & Corkum, P.V. (1997). Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 754 - 763 .

Shevell, M., & Schreiber, R. (1997). Pemoline - associated heptic failure: A critical analysis of the literature. Pediatric Neurology, 16, 14 - 16.

Silva, R.R., Munoz, D.M., & Alphert, M. (1996). Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention - deficit hyperactivity disorder: A meta - analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 352 - 358 .

Simeon, J., & Sponts, W. (1996). Propranolol in aggressive children and adolescents. Child and Adolescent Psychopharmacology News, 1, 5-10 .

Singer, H.S., Brown, J., Quaskey, S., Rosenberg, L.A.,Mellits, E.D., & Denckla, M.B. (1995). The treatment of attention - deficit hyperactivity disorder in Tourdtte's syndrome: A double - blind pacebo - controlled study with clonidine and desipramine. Pediatrics, 95, 74 - 81 .

Spencer, T., Biederman, J., Hardings, M., O'Donnell, D., Faraone, S.V., & Wilens, T.E. (1996). Growth deficits in ADHD children revisited: Evidence for disorder - associated growth delyas? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1460 - 1469.

Spencer, T., Biederman, J., Kerman, K., Steingard, R., & Wilens, T. (1993). Desipramine treatment of children with attention - deficit hyperactivity disorder of Tourette's syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 354 - 360 .

Spencer, T., Biederman, Steingard, R., & Wilens, T. (1993). Bupropion exacerbates tics in children with attention - deficit hyperactivity disorder and Tourette's syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 211 - 214 .

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention - deficit hyperactivity disorder across the life cycle. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 409 - 432 .

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Steingard, R., & Geist, D. (1993). Nortriptyline treatment of children with attention - deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette's syndrome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 205 - 210 .

Spencer, T., Wilens, T., & Biederman, J. (1995). Psychotropic medication for children and adolescents. Child and Adolescent PsychiatricClinical of North America, 4, 97 - 121 .

Sprague, R.L., & Sleator, E.K. (1977). Methylphenidate in hyperkinetic children: Differences in does effects on learning and social behavior. Science, 198, 1274 - 1276 .

Stork, C.M., & Cantor, R. (1997). Pemolin induced choreoathetosis: Care report and review of the literature. Clinical Toxicaology, 35, 105 - 108 .

Swanson, J.M., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K., & Hanna, G. (1991). Effects of stimulant medication on learning in children with ADHD. journal of Learning Disabilities, 24, 219 - 230, 255.

Swanson, J.M., Flockhart, D., Udrea, D., Cantwell, D., Conner, D., & Williams, L. (1995). Clonidine in the treatment of ADHD : Questions about safety and efficancy. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 5, 301 - 304 .

Swanson, J.M., Wigal, S., Greenhill, L.L., Browne, R., Waslik, B., Lerner, M., Williams, L., Flynn, D., Agler, D., Crowley, K., Fineberg, E., Baren, M., & Cantwell, D.P. (1998). Analog classroom assessment Psychiatry, 37, 519 - 526 .

Tobin, K.E., & Riddle, M.A. (1993). Attention deficit hyperactivity disordre. In R. Kurlan (Ed.), Handbook of Tourette's syndrome and related tic and behavioral disorders (pp. 89 - 109). New York: Marcel Dekker.

Walsh, B.T., Giardine, E. - G.V., Sloan, R.P., Greenhill, L., & Goldfein, J. (1994). Effects of despramine on autonomic control of the heart. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 191 - 197 .

Wamboldt, M.Z., Yancey, A.G., Jr., & Roesler, T.A. (1997). Cardiovascular effects of tricyclic antidepressants in childhood asthma: A case series and review. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7, 45, 64 .

Wilens, T.E., Biederman, J., Baldessarini, R.J., Geller, B., Schleifer, D., Spencer, T.J., & Birmaher, B. (1996). Cardiovascular effects of the therapeutic doeses of tricyclic antidepressants in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1491 - 1501 .

RESOURCES

Garber, S.W., Garber, M.D., & Spizman, R.F. (1997). Beyond Ritalin. New York: HarperCollins. (For parents; to order, call [800] 242 - 7737) .

Green, W.H. (1995). Chill and adolescent clinical psychopharmacology, (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins. (To order, call [800] 638 - 0672) .

Greenhill, L.L., & Oman, B.B. (1991). Ritalip: Theory and patient management. Larchmont, NY: Mary Ann Liebert, Inc. (To order, call [800] 65 - 3237) .

PDR guide to drug interactions, side effects, indications, contraindications. (1997). Montvale, NJ: Medical Econnmics Data .

Physicians' desk reference. (1997). Montvale, NJ: Medical Economics Data .

Werry, J.S., & Aman, M.G. (1993). Practitioner's guide to psycho-

active druge for children and adolescents. New York: Plenum. (To order, call [800] 221 - 9369) .

VIDEOTAPES

Biederman, J., Spencer, T., & Wilens, T. (1997). Medical management of attention deficit hyperactivity disorder. Plantation, FL: Specialty Press. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Phelan, T.W., & Bloomberg, J. (1990). Medication for attention deficit disorder. Glen Ellyn, IL: Child Management, Inc. (To order, call [800] 442 - 4453) .

مراجع الفصل التاسع

Aman, M.G., Mitchell, E.A., & Turbott, S.H. (1987). The effects of essential fatty acid supplementation by Efamol in hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 15, 75 - 90 .

Arnold, L.E., Christopher, J., Huestics, R.D., & Smeltzer, D.J. (1978). Megavitamins for minimal brain dysfunction. Journal of American Medical Association, 240, 2642 - 2643 .

Arnold, L.E., Kleykamp, D., Votolano, N.A., Taylor, W.A., Kontras, S.B., & Tobin , K. (1989). Gamma - linoleic acid for attention - deficit hyperactivity disorder: Palacebo - controlled comparilson to D - amphetamine. Biological Psychiatry, 25, 222 - 228 .

Arnold, L.E., Votolano, N.A., Kleykamp, D., Baker, G.B., & Bornsteine, R.A. (1990). Does hair zinc predict amphetamine improvement of ADD / hyperactivity ? International Journal of Neuroscience, 50, 103 - 107.

Atzmon, D., Nemet, P., Ishay, A., & Karni, E. (1993). A randomized prospective masked and matched comparative study of orthoptic treatment versus conventional reading tutoring treatment for reading disabilities

in 62 children. Binocular Vision & Eye Muscle Surgery Quarterly, 8, 91 - 106 .

Ballin, A., Berar, M., Rubinstein, U., Kleter, Y., Herschkovitz, A., & Meytes, D. (1992). Iron state in female adolescents. American Journal of Diseases in Children, 146, 803 - 805 .

Becker, L.E., & Skipworth, G.B. (1975). Ginkgo - tree dermatitis, stomatits, and proctities. Journal of the American Medical Association, 231, 1162 - 1163 .

Bekaroglu, M., Aslan, Y., Gedik, Y., Deger, O., Mocan, H., Erduran, E., & Karahan, C. (1996). Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 225 - 227 .

Boris, M., & Mandel, F.S. (1994). Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. Annals of Allergy, 72, 462 - 468 .

Brenner, A. (1982). The effects of megadoses of selected B - complex vitamins of children with hyperkinesis: Controlled studies with long - term follow - up. Journal of Learning Disabilities, 15, 258 - 264 .

Brown, W.V., & Smith, D.A. (1995). Fats and cholesterol. In V. Herbert & G. Subak - Sharpe (Eds.), Total nutrition (pp. 63 - 93). New York : St. Martin's Press .

Bruner, A.B., Joffe, A., Duggan, A.K., Casella, J.F., & Brandt, J. (1996). Randomized study of cognitive effects of iron supplemention in non - anemic iron - deficient adolescent girls. The Lancet, 348, 992 - 996.

Castleman, M. (1991). Ginkgo: What's old in new. In The healing herbs: The ultimate guide to the curative power of nature's medicines (pp. 190 - 192). Emmaus, PA: Rodale Press .

Church, R.P., Lewis, M.E.B., & Batshaw, M.L. (1997). Learning

disabilities. In M.L. Batshaw (Ed.), Children with disabilities (4th ed., pp. 471 - 497). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co .

Colgan, M., & Colgan, L. (1984). Do nutrient supplements and dietary changes affect learning and emotional reactions to children with learning difficulties ? A controlled series of 16 cases. Nutrition and Health, 3, 69-77.

Colquhoun, I., & Bunday, S. (1981). A lack of essential fatty acids as a possible cause of hyperactivity in children. Medicial Hypotheses, 7, 673-679 .

Conners, C.K. (1989a). Feeding the brain: How foods affect children. New York : Plenum .

Conners, C.K. (1989b). The first meal of the day. In Feeding the brain: How foods affect children (pp. 55 - 73). New York : Plenum .

Conners, C.K. (1989c). Food additives and food allergies. In Feeding the brain : How foods affect children (pp. 157 - 185). New York: Plenum.

Conners, C.K. (1989d). Sugar and its effects on behavior and mood. In Feeding the brain: How foods affect children (pp. 75 - 100). New York: Plenum .

Conners, C.K. (1993). Nootropics and foods. In J.S. Werry & M.G. Aman (Eds.), Practitioner's guide to psychoactive druge for children and adolescents (pp. 373 - 389). New York : Plenum .

Conners, C.K., Goyette, C.H., Southwick, D.A., Lees, J.M., & Andrulonis, P.A. (1976). Food additives and hyperkinesis: A controlled double - blind experiment. Pediatrics, 58, 154 - 166 .

Conucil Report. (1985). Aspartame : Review of safety issues. Journal of the American Medical Association, 254, 400 - 402 .

Crook, W.G. (1986). The yeast connection : A medical breakthrough.

New York: Random House .

Crook, W.G., Harrison, W.W., Crawford, S.E., & Emerson, B.S. (1961). Systemic manifestations due to allergy: Report of fifty patients and a review of the literature on the subject (sometimes referred to as allergic toxemia and the allergic tension - fatigue syndrome). Pediatrics, 27, 790 - 799 .

Duckman, R.H. (1987). Manangement of binocular abnormalities: Efficiency of vision therapy, exotropia. American Journal of Optometry & Physiological Optics, 64, 421 - 429 .

Eden, G.F., VanMeter, J.W., Rumsey, J.M., Maisog, J.Ma., Woods, R.P., & Zefiro, T.A. (1996). Abnormal processing of visual motion in dyslexia revealed by functional brain imaging. Nature, 382, 66 - 69 .

Egger, J., Carter, C.M., Graham, P.J., Gumley, D., & Soothill, J.F. (1985). Controlled tried of oligoantigenic treatment in the hyperkinetic child syndrome. The Lancet, 2, 540 - 545 .

Feingold, B.F. (1974). Why your child is hyperactive. New York: Randome House .

Ferguson, A. (1992). Definitions and diagnosis of food intolerance and food allergy: Consensus and controversy. Journal of Pediatrics, 121, S7- S11.

Frank, J., & Levinson, H.N. (1973). Dysmetric dyslexia and duspraxia: Hypothesis and study. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 12, 690 - 701 .

Girardi, N.L., Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Marchione, K., Fleischman, S.J., T.W., & Tamborlane, W.V. (1995): Blunted catecholamine resoponses after glucoses ingestion in children with attention deficit disorder. Pediatric Research, 38, 539 - 542 .

Golub, M.S., Takeuchi, P.T., Keen, C.L., Gershwin, M.E., Hen-

drickx, A.G., & Lonnerdal, B. (1994). Modulation of behavioral performance of prepubertal monkeys by moderate dietary zinc deprivation. American Journal of Clinical Nutrition, 60, 238 - 243 .

Goyette, C.H., Conners, C.K., & Ulrich, R.F. (1978). Normative data in revised Conners parent and teachers ratings scales. Journal of Abnormal Child Psychology, 6, 221 - 236 .

Harley, J.P., Ray, R.S., Tomasi, L., Eichman, P.L., Matthews, C.G., Chun, R., Cleeland, C.S., & Traisman, E. (1978). Hyperkinesis and food additives : Testing the Feingold hypothesis. Pediatrics, 61, 818 - 828 .

Harrell, R.F., Capp R.H., Davis, D.R., Peerless, J., & Ravitz, L.R. (1981). Can nutritional supplements help mentally retarded children? An exploratory study. Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, 78, 574 - 578 .

Haslam, R.H.A., Dalby, J.T., & Rademaker, A.W. (1984). Effects of megavitamine therapy on children with attention deficit disorders. Pediatrics, 74, 103 - 111.

Hersey, J. (1996). Why can't my child behave ? Alexandria, VA: Pear Tree Press.

Hinshaw, S.P., March, J.S., Abickoff, H., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Haperin, J., Greenhill, L.L., Hechman, L.T., Hoza, B., Jensen, P.S., Newcorn, J.H., McBurnett, K., Pelham, W.E., Richters, J.E., Server, J.B., Schiller, E., Swanson, J., Vereen, D., Wells, K., & Wigel, T. (1997). Comprehensive assessment of childhood attention - deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clincial trial. Journal of Attention Disorders, 1, 217, 234.

Hoffman, L.G., & Rouse, M.W. (1987). Vision therapy revisited : A

restatement. Journal of the American Optometric Association, 58, 536 - 541 .

Ingersoll, B.D., 7 Goldstein, S. (1993a). Pills and potions. In Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatment (pp. 121 - 148) New York: Doubledday .

Ingersoll, B.D., 7 Goldtein, S. (1993b). Training approaches to treatmen.In Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments (pp. 171 - 198). New York: Doubleday .

Kaplan, B.J., McNicol, J., Conte, R.A., & Moghadam, H.K. (1988). Dietary replacement in preschool - aged hyperactive bodys. Pediatrics, 83, 7 - 17 .

Keogh, B.K., & Pelland, M. (1985). Vision training revisited. Journal of Learning Disabilities, 18, 2228 - 2236 .

Kershner, J., & Hawke, W. (1979). Megavitamins and learning disorders : A controlled doubleblind experiment. Journal of Nutrition, 109, 819 - 826 .

Kruesi, M.J.P., Rapoport, J.L., Cummings, M. Berg, C.J., Ismond, D.R., Flament, M., Yarrow, M., & Zahn - Waxler, C. (1987). Effects of suger and aspartame of aggression and activity in children. American Journal of Psychiatry, 144, 1487 - 1490 .

Lennerstrand, G., & Yagge, J. (1992). Dyslexia: Ophthalmological aspects 1991. Acta Ophthalmologica, 70, 3 - 13 .

Levinson, H.N. (1989a). Abnormal optokinetic and perceptual span parameters in cerebellaty vestibular dysfunction and learning disabilities or dyslexia. Perceptual Motor Skills, 68, 35 - 54 .

Levinson, H.N. (1989b). A cerebellar - vestibular explanation for fears/ phobies: Hypothesis and study. Perceptual Motor Skills, 68, 67 - 84.

Levinson, H.N. (1989c). The cerebellar - vestibular predisposition to anxiety disorders. Perceptual Motor Skills, 68, 323 - 338 .

Levinson, H.N. (1990). The diagnostic value of cerebellar - vestibular tests in detecing learning disabilities, dyslexia, and attention deficit disorder. Perceptual Motor Skills, 71, 67 - 82 .

Lightstone, A., & Evans, B.J.W. (1995). A new protocol for the optometric management of patients with reading difficulties. Ophthalmologic Physiology & Optometrics, 15, 507 - 512 .

Linscheer, W.G., & Vergroesen, J. (1994). Lipids. In M.E. Shils, J.A. Olson, & Shike (Eds.), Modern nutritionin health and disease (8th ed., pp. 47 - 88) . Philadelphia : Lea & Febiger .

Liskov, T.P., Kerstetter, J., Baltimore, R.S., & Carpenter, T. (1997). Facts and myths about vitamins and minerals. In w.v. Tamborlane (Ed.), The Yale guide to children's to nutrition (pp. 229 - 239). New Haven, CT: Yale University Press .

Lubar, J.F. (1989). Electroencephalographic biofeedback and neurological applications. In J.V. Basmajian(Ed.), Biofeedback: Principles and practice for clinical (pp. 67 - 90). Baltimore : Williams & Wilins .

Lubar, J.F. (1991). Discoure on the development fo EEG diagnostic and biofeedback for attention deficit / hyperactivity disorders. Biofeedback & self - Regulation, 16, 201 - 225 .

Lubar, J.O., & Lubar, J.F. (1984). Electroencephalographic biofeedback of SMR and beta treatment of attention deficit disorders in a clinical setting. Biofeedback & Self - Regulation, 9, 1 - 23 .

McCaleb, R. (1992). Ginkgo biloba : Review. Boulder, CO: Herb Research Foundation .

McLoughlin, J., Nall, M., Isaacs, B., Petrosko, J., Karibo, J., & Lindsey, B. (1983). The relationship of allergies and allergy treatment to

school performance and students behavior. Annals of Allergy, 51, 506 - 510 .

McNicol, J. (1992). Your child's food allergies: Detecting and treating hyperactivity, congestion, irritability and other symptoms caused by common food allergies . New York: John Wiley & Sons .

Menacker, S.J., Breton, M.E., Breton, M.L., Radcliffe, J., & Gole, G.A. (1993). Do tinted lenses improve reading performance of dyslexic children: A cohort study. Archives of Ophthalmology, 111, 213 - 218 .

Middletone, E. (1988). Some biological properties of plant flavonoids. Annals of Allergy, 61, 53 - 57 .

Mitchell, E.A., Aman, M.G., Turbott, S.H., & Manku, M. (1987). Clinical characteristics and serum essential fatty acid levels in hyperactive children. Clinical Pediatrcs, 26, 406 - 411 .

Muir, J.L. (1997). Acetylcholine, agine, and Alzheimer's disease. Pharmacology, Biochemistry, and Behavior, 56, 687 - 696 .

Murray, M.T. (1995). Ginkgo biloba. In The healing power of herbs: The enlightened person's guide to the wonders of medicinal plants (2nd ed., pp. 143 - 161). Carmel, IN : Prima Publishing .

National Institutes of Health. 9 1982). Defined diets and childhood hyperactivity : A consensus conference. Journal of the American Medical Association, 248, 290 - 292 .

Nemzer, E.D., Arnold, L.E., Votolano, N.A., & McConnell, H. (1986). Amino acid supplementation as treatment for attention deficit and hyperactivity. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 25, 509 - 513 .

Polatajko, H.J. (1985). A critical look at vestibular dysfunction in learning - disabled children, Developmenal Medicine and Child Neurology, 27, 283 - 292 .

Pollitt, E., Saco - Pollitt, C., Leibel, R.L., & Viteri, F.E. (1986). Iron deficiency and behavioral development in infants and preschool children. The American Journal of Clinical Nutritions, 43, 555 - 565 .

Rapp, D. (1991). Is this your child ? Discovering and treating unrecog-nized allergies in children and adults. New York : William Morrow & Co.

Reichenberg - Ullman, J., & Ullman, R. (1996). Ritalin - free kids: Safe and effective homeopathic medicine for ADD and other behavioral and learning problems. Rocklin, CA: Prima Publications .

Rower, K.S., & Rowe, K.J. (1994). Synthetic food coloring and behavior : A dose response effect in a double - blind, Placebo - contolled, repeated measures study. Journal of Pediatrics, 125, 691 - 698 .

Rydell, A. - M., sundeln, M.D.C. (1995). Characteristics of school children who are choosy eaters. The Journal of Genetic Psychology, 156, 217 - 229 .

Sampson, H.A. (1997). Food allergy, Journal of the American Medical Association, 278. 1888 - 1894 .

Sandstead, H.H. (1986). A brief history of the influence of trace elements on brain function. American Journal of Clinical Nutrition, 43, 293-241 .

Saravis, S., Schachar, R., Zlotkin, S., Leiter, L.A., & Anderson, G.H. (1990). Aspartame: Effects on learning, behavior, and mood. Pediatrics, 86, 75 - 83 .

Shaywitz, B.A., Sullivan, C.M., Anderson, G.M., Gillespie, S.M., Sullivan, B., & Shaywitz, S.E. (1994). Aspartame, Behavior, and cognitive function in children with attention deficit disorder. Pediatrics, 93,70-75

Silver, L.B. (1991). Nonstandard therapy of learning disabilities. Seminars in Neurology, 11, 57 - 63 .

Stevens, L.J., Zentall, S.S., Abate, M.L., Kuczek, T., & Burgess, J.R. (1996). Omega - 3 fatty acids in boys with behavior, learning, and health problems. Physiology & Behavior, 59, 915 - 920 .

Stevens, L.J., Zentall, S.S., Deck, J.L., Abate, M.L., Warkins, B.A., Lipp, S.R., & Burgess, J.R. (1995). Essentil fatty acid metabolism in boys with attenion - deficit hyperactivity disorder. American Journal of Clinical Nutrition, 622, 761 - 768 .

Toren, P., Eldar, S., Sela, B.- A., Wolmer, L., Weitz, R., Inbar, D., Koren, S., Reiss, A., Weizman, R., & Laor, N. (1996). Zinc deficiency in attention - deficit hyperactivity disorder. Biological Psychiatry, 40, 1308 - 1310 .

Tryphonas, H., & Trites, R. (1979). Food allergy in children with hyperactivity, learning disabilities, and / or minimal brain dysfunction. Annals of Allergy, 42, 22 - 27 .

Walton, R.G., Hudak, R., & Green - White, R.J. (1993). Adverse reactions to aspartame: Doubleblind challenge in patients from a vulnerable population. Biological Psychiatry, 34, 13 - 17 .

Wender, E.H., & Solanto, M.V. (1991). Effects of sugar on aggressive and inattentive behavior in children with attention deficit disorder with hyperactivity and normal children. Pediatrics, 88, 960 - 966 .

Williams, J.I., Cram, D.M., Tausig, F.T., & Webster, E. (1979). Relative effects of durgs and diet on hyperactive behaviors: An experimental study. Pediatrics, 61, 811 - 817 .

Wolraich, M.L., Lindgren, S.D., Stumbo, P.J., Stegink, L.D., Appelbaum, M.I., & Kiritsy, M.C. (1994). Effects of diets high in sucrose or aspartame on the behavior and cognitive performance of children. New England Journal of Medicine, 330, 301 - 307 .

Worlaich, M.L., Wilson, D.B., & White, J.W. (1995). The effects of sugar on behavior or cognition in children: A meta - analysis. Journal of the American Medical Associtaion, 274, 1617 - 1621 .

Wood, D.R., Reimherr, F.W., & Wender, P.H. (1985). Treatment of attention deficit disorder with DL - phenylalanine. Psyciatric Research, 16, 21 - 26 .

Yagge, J., Lennerstrand, G., Axelsson, I., & Rydberg, A. (1993). Visual functions in a Swedish population of dyslexic and normally reading children. Acta Ophthalmologica, 71, 1 - 9 .

Zametkin, A.J., Karoum, F., & Rapoport, J.L. (1987). Treatment of hyperactive children with D - phenylalanine. American Journal of Psychiatry, 144, 792 - 794 .

مراجع الفصل العاشر

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. (2nd ed.). New York: Guilford Press .

Dupaul, G.J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools : Asseeement and intervention strategies. New York: Guilford Press .

Eccles, J.S., Flanagan, C., Lord, S., Midgley, C., Roeser, R., & Yee, D. (1996). Schools, families, and early adolescents: What ate we doing wrong and what can we do instead? Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 17, 267 - 276 . .

Faigel, H.c., Sznajderman, S., Tishby, O., Turel, M., & Pinus, U. (1995). Attention deficit disorder during adolescence: A review .Journal of Adolescent Health, 16, 174 - 184 .

Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, L.J. (1993). The effect of maternal depression of maternal ratings of child behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 21, 245 - 269 .

Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 350 - 360 .

Keith, T.Z., & DeGraff, M. (1997). Home work . In G.G. Bear,

K.M. Minke, & A. Thomas (Eds.), Children's needs : II. Development, Problems and alternatives (pp. 477 - 487). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists .

Kwasman, A., Tinsley, B.J., & Lepper, H.S. (1995). Pediatricians' knowledge and attitudes concering diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorders : A national survey approach. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 149, 1211 - 1216 .

Power, T.J., Atkins, M.S., Osborne, M.L., & Blum, N.J. (1994). The school psychologist as manager of programming for ADHD. School Psychology Review, 23, 279 - 291 .

Shapiro, E.S., DuPaul, G.J., Bradley, K.L., & Bailey, L.T. (1996). A school - based consultation program for service delivery to middle school students with attention - deficit / hyperactivity disorder. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 4, 73 - 81 .

Arnold, L.E., Abikoff, Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G., Greehill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Jensen, P.S., Kraemer, H.C., March, J.S., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Richters, J.E., Schiller, E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Vereen, D., & Wells, K.C. (1997). National Institute of Mental Health collaborative multimodal treatment study of children with ADHD 9 the MTA) : Design challenges and choices. Archives of General Psychiatry, 54, 865 - 870 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich - Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., & Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family - genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 49, 723 - 738 .

Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., & Tsuang, M.T. (1991). Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. Archives of General Psychiatry, 48, 633 - 642.

Cantwell, D.P. (1996a). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978 - 987 .

Cantwell, D.P. (1996b). Outcome and prognosis of attention deficit disorder and related disorders. International Pediatrics, 11, 304 - 306 .

Comings, D.E., Wu, S., Chiu, C., Ring, R.H., Gade, R., Ahn, C., MacMurray, J.P., Dietz, G., Muhleman, D. (1996). Polygenic inheritance of Tourette syndrome, stuttering, attention deficit hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder: The additive and subtractive effect of the three dopaminergic genes - DRD2, D beta H, and DATI. American Journal of Medical Genetics, 67, 264 - 288 .

Cook, E.H., Stein, M.A., Krasowski, M.D., Cox, N.J., Olkon, D.M., Kieffer, J.E., & Leventhal , B.L. (1995). Association of attention - deficit disorder and the dopamine transoprter gene. American Journal of Human Genetics, 56, 993 - 998 .

Faraone, S.V., & Biederman, J. (1994). Genetics of ADHD. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3, 284 - 301 .

Fischer, M., Barkley, R.A., Fletcher, K.E., & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social , and emotional adjustment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 324 - 332 .

Hechtman, L. (1992). Long - term outcome in attention - deficit hyperactivity disorder [Monograph]. In G. Weiss (Ed.), Attention - deficit hyperactivity disorder, Child and Adolescent Clinics of North American, 1, 553 - 565 .

Klein, R.G., & Mannuzza, S. (1991). Long - term outcome of hyperactive children: A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 383 - 387 .

LaHoste, G.J., Swanson, J.M., Wigal, S.B., Glabe, C., Wigal , T., King, N., & Kennedy, J.L. (1996). Dopamine D4 receptor gene poly-

mine on the cognitive and social play of a preschooler with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 768 - 772 .

American Psychiatric Assocition. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author .

Barkley, R.A. (1988). The effects of methylphenidate in the interactions of preschool ADHD children with their mothers. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 336 - 341 .

Barkley, R.A. (1998). Attention - deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York: Guilford Press .

Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., & Smallish, L. (1990) The adolescent outcome of hyperactivity children diagnosed by researc criteria: I. An 8 year prospective follow - up study. Journal of th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 546 - 557 .

Beitchman, J., Wekerle, C., & Hood, J. (1978). Diagnostic contin ty from preschool to middle childhood. Journal of the American Acade of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 694 - 699 .

Benasich, A.A., Curtiss, S., & Tallal, P. (1993). Language, Le ing, and behavioral disturbances in childhood : A longitudinal perspec Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatr 585 - 594 .

Blum, N.J., Williams, G.E., Friman, P.C., & Christophersen (1995). Disciplining young children: The role of verbal instructio reasoning. Pediatrics, 96, 336 - 341 .

Campbell, S.B. (1987). Parent referred problem three - yea Developmental changes in symptoms. Journal of Child Psycho Psychiatry, 28, 835 - 845 .

Campbell, S.B. (1990). Behavior problems in preschool Clinical and developmental issues. New York: Guilford Press .

Campbell, S.B., Szumowski, E.K., Ewing, L.J., Gluck, D.S., & Breaux, A.M. (1982). A multidimensional assessment of parent - identified behavior problems in toddlers. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 569 - 592 .

Cohen, N.J., Sullivan, J., Minde, K., Novak, C., & Helwig, C. (1981). Evalution of the relative effectiveness of methylphenidate and cognitive behavior modification in the treatment of kindergarten - aged hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 9, 43 - 54.

Conners, C.K. (1975). Controlled trial of methylphenidate in preschool children with minimal brain dysfunction. International Journal of Mental Health, 4, 61 - 74 .

Conners, C.K. (1997). Conners' Ratting Scale Revised - Short Form: Technical manual . North Tonawanda, NY: Multi - Health Systems .

Crowther, J.H., Bond, L.A., & Rolf, J.E. (1981). The incidence, prevalence, and severity of behavior disorders among preschool children in day care. Journal of Abnormal Child Pshchology, 9, 23 - 42 .

Egeland, B., Kalkoskex, M., Gottesman, N., & Erickson, M.F. (1990). Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 891 - 909 .

Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1997). ADHD Symptom Checklist - 4. Stony Brook, NY: Checkmate Plus .

Gilbride, K.E. (1995). Developmental testing. Pediatrics in Review, 16, 338 - 345 .

Green, S.M., Loeber, R., & Lahey, B.B. (1991). Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's attention and hyperactivity problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 135 - 137 .

Green, W.H. (1995). The treatment of attention - deficit hyperactivity disorder with nonstimulant medications. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4, 169 - 195 .

year follow - up of preschool hyperactive children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 224 - 232..

McGee, R., Williams, S., & Feehan, M. (1992). Attention deficit disorder and age of onset of problem behaviors. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 487 - 502 .

McGoey, K.E., DuPaul, G.J., & Power, T.J. (1998, April). Response cost and positive reinforcement interventions : Reducing the disruptive behavior of preschool children at - risk for ADHD. Paper Presented at the annual conference of the National Association of School Psychologists, Orlando, FL .

Patterson, G.R. (1982). Coercive family process. Eugene. OR: Castalia.

Reynolds, C.R., & Kamphaus, R.W. (1992). The Behavior Assessment System for Chidren. Circle Pines, MN: American Guidance service .

Sanson, A., Smart, D., Prior, M., & Oberklaid, F. (1993). Precursors of hyperactivity and aggression. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 1207 - 1216 .

Schleifer, M., Weiss, G., Cohen, N., Elman, M., Cvejic, H., & Kruger, E. (1975). Hyperactivity in preschoolers and the effect of methylphenidate. American Journal of Orthopsxychiatry, 45, 38 - 50 .

Shelton, T.L., & Barkley, R.A. (1990). Clinical developmental and biopsychosocial considerations. In R.A. Barkley (Ed.). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (pp. 209-231). New York: Guilford Press .

Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., Hertzig, M.E., & Korn, S. (1963). Behavioral individuality in early childhood. New York: New York University Press .

RESOURCES FOR PARENTS

Carey, W.B. (1997). Understanding your child's temperament. New York : Macmillan .

Christophersen, E.R. (1988). Little people. Kansas City, MO : Westport Publishers .

Flick, G.L. (1996). Power parenting for children with ADD / ADHD: A practical parent's guide for managing difficult behaviors. West Nyack, Ny: The Center for Applied Research in Education .

Greenspain, S.I., & Salmon, J. (1995). The challenging child: Understanding, raising, and enjoying the five "difficult" types of children. Reading, MA: Addison Wesley Longman .

Kurcinka, M.S. (1991). Raising your spirited child : A guide for parents whose child is more intense, sensitive, Perceptive, Persisten, energetic. New York: HarperCollins .

Nelson, J., Erwin, C., & Duffy, R. (1995). Positive discipline for preschoolers. Rockline, CA: Prima Publishing Co. (To order, call [800] 632 - 8676) .

Phelan, T.W. (1990). 1 - 2 - 3 Magic: Training your children to do what you want . Glent Ellyn, IL: Child Management .

Turccki, S. (1985). The difficult child. New York : Bantam Books .

مراجع الفصل الحادي عشر

ORDERING INFORMATION FOR RATING SCALES

ADHD Symptom Checklist - 4 (Parent and teacher scale)

Gadow & Sprafkin (1997)

Checkmate Plus

Post Office Box 696

Stony Brook, NY 11790 - 0696

(800) 779 - 4292

Behavior Assessment for children (Parent and Teacher Rating Scales)

Reynolds & Kamphaus (1992)

American Guidance Service, Inc.

4201 Woodland Road

Circle Pines, MN 55014 0 1796

(800) 328 - 2560

Behavioral Style Questionnaire (Temperament scale for parents)

McDevitt & Carey (1973)

Behavioral - Developmental Initiatives East

1316 West Chester PiKe

Suite 131

West Chester, PA 19382 - 6425

(800) 234 - 8303

Child Behavior Checklist (Preschool form for Parents)

Achenbach (1986)

University Medical Education Associates

One South Prospect Street

Burlington, VT 05401 - 3456

(802) 656 - 8313

Conners' Rating Scale Revised - Short Form (Parent and teacher rating scles)

Conners (1997)

Multi - Health Systems Inc .

908 Niagara Falls Boulevard

North Tonawanda, NY 141120 - 2060

(800) 456 - 3003

Devereux Early Childhood Assessment (One form for parents and

teachers)

LeBuffe & Naglieri (1998)

The Devereux Foundation

444 Devereux Drive

Post Office Box 638

Villanova, PA 19085

(610) 520 - 3000

مراجع الفصل الثاني عشر

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author .

Applegate, B., Lahey, B.B., Hart, E.L., Biederman, J., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Ollendick, T., Frick, P.J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J.H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I., & Shaffeer, D. (1997). Validity of the age - of - onset criterion for ADHD : A report from the DSM - IV field trials. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1211 - 1221 .

Association on Higher Education and Disability (ADHED). (1997). Guidelines for documentaion of a learning disability in adolescents and adults. Columbus, OH: Author .

Barkley, R.A. (1996). Research: A discussion with Russell A. Barkley, Ph. D. In ADD and adolescence: Strategies for success from CH.A.D.D. (pp. 131 - 132). Plantation, FL: Children and Adults with Attention Deficit Disorders .

Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definiton of the age - of - onset criterion for attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1204 - 1210 .

Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., & Shelton, T.L. (1993) Drivingrelated risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults : A 3 - to 5- years follow - up survey. Pediatrics, 92, 212 - 218 .

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics, 98, 1089 - 1095 .

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S.V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J.G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance abuse disorders? Findings from a four - year prospective follow - up study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 21 - 29 .

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J., & Faraone, S.V. (1995). Psychoactive substance abuse disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) : Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. American Journal of Psychiatry, 152, 1652 - 1658 .

Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., Szatmari, P., Fleming, J.E., & Link, P.S.(1992). Predicting substance abuse in late adolescence: Results from the Ontario child health study follow - up. American Journal of Psychiatry, 149, 761 - 767 .

Butler, S.F., Arredondo, D.E., & McCloskey, V. (1995). Affective comorbidity in children and adolescents with ADHD . Annals of Clinical Psychiatry, 7, 51 - 55 .

Cantwell, D.P., (1996). Attention deficit disorder : A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978 - 987 .

Clein, P.D., & Riddle, M.A. (1995). Pharmacokinetics in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4, 59 - 75 .

Denckla, M.B. (1993). The child with developmental disabilities grown up: Adult residual of childhood disorders. Neurology Clinical , 11, 105 - 125 .

Drizin, S.A., & Eligator, L.J.M. (1997, Winter). A parnet's guide to the juvenile justice system. Attention !, 31, 36 .

Dulcan, M.K., & Benson, R.S. (1997). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Official action. Summary of the practice parameters for assessment treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1311 - 1317 .

Faigel, H.C., Sznajderman, S., Tishby, O., Turel, M., & Pinus, U. (1995). Attention deficit disorder during adolescence: A review. Journal of Adolescent Health, 16, 174 - 184 .

Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1168 - 1176 .

Goldstein, S. (1997). Managing attention and learning disorders in late adolescence and adulthood: A guide for practitioners. New York: John Wiley & Sons .

Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Sienna, M., & Garcia - Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention - deficit / hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4 - year longitudinal follow - up study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 758 - 767 .

Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD : Implications for research, practice, and DSM - IV. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1065 - 1079 .

Kendall, P.C., Chansky, T.E., Kane, M.T., Kim, R.S., Kortlander, E., Ronan, K., Sessa, F.M., & Siqueland, L. (1992) Anxiety disorders in youth : Cognitive - behavioral intervention. Needham Heights, MA:

Allyn & Bacon .

Kravets, M., & Wax, I.F. (1997). The K & W guide to colleges for the learning disabled: A resource book for students, parents, and professionals. New York: Random House .

Mangrum, C.T., & Strichart, S.S. (1997). Peterson's guide to colleges with programs for students with learning disabilities and or attention deficit disorders (5th ed.). Princeton, NJ: Peterson's Guides .

McBurnett, K. (1996, Winter). ADD and delinquency. Attention!, 20 - 26 .

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention hyperactivity disorder children ? American Journal of Psychiatry, 153, 1138 - 1142 .

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 37 - 44 .

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Murphy, J., & Tsuang, M.T. (1995). ADHD and comorbid disorders : Issues of overlapping symptoms. American Journal of Psychiatry, 152, 1793 - 1799 .

Nada - Raja, S., Langley, J.D., McGee, R., Williams, S.M., Begg, D.J., & Reeder, A.I. (1997). Inattentiven and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 515 - 522 .

Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 51 - 87 .

Purvis, K.L., & Tannock, R. (1997). Language abilities in children with attention deficit hyperactiviy disorder, reading disability, and normal

controls. Journal of Abnormal Child Psychology, 25, 133 - 144 .

Rehm, L.P., & Sharp, R.N. (1995). Strategies for childhood depression. In M. Reinecke, F.M. Dattilo, & A. Freeman (Eds.), Cognitive therapy with children and adolescents (pp. 103 - 123). New York: Guilford Press .

Riccio, C.A., Hynd, G.W., Cohen, M.J., Hall, J., & Molt, L. (199). Comorbidity of central auditory processing disorder and attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 849 - 857 .

Richard, M.M. (1997). College programs and services. In S. Goldstein (Ed.). Managing attention and learning disorders in late adolescence and adulthood: A guide for practitioners (pp. 266 - 286). New York: John Wiley & Sons .

Riggs, P.D., Thompson, L.L., Mikulich, S.K., Whitmore, E.A., & Crowley, T.J. (1996). An open trial of pemoline in drug - dependent delinquents with attention - deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1018 - 1024.

Robin, A.L., & Foster, S.L. (1989). Negotiating parent adolescent conflict : A behavioral - family systems approach. New York : Guilford Press .

Rostain, A.L. (1997). Assessing and managing adolescents with school problems. Adolescent Medicine: State of the Art Review, 8, 57 - 76.

Rouse, G.E. (1997, Winter). ADD and the juvenile justice systems. Attention!, 27 - 30 .

Safer, D.J., Zito, J.M., & Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. Pediatrics, 98, 1084 - 1088 .

Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, W., & Oullette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit hyper-

activity disorder: Performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. Journal of consulting and Clinical Psychology, 65, 150 - 160 .

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention - deficit hyperactivity disorder across the life cycle. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 409 - 432 .

Wilens, T.E., Biederman, J., Baldessarini, R.J., Geller, B., Schleifer, D., Spencer, T.J., Birmaher, B., & Goldblatt, A. (1996). Cardiovasular effects of therapeutic does of tricyclic antidepressants in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1491 - 1501 .

Wilens, T.E., Biederman, J., & Spancer, T.J. (1997). Case study : Adverse effects of smoking marijuana while receiving tricyclic antidepressants. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 45 - 48 .

RESOURCES FOR PARENTS AND ADOLESCENTS

Alexander - Roberts, C. (1995). ADHD & teens: A parent's guide for making it through the tough years. Dallas, TX: Taylor Publishing. (To order, call [214] 637 - 2800).

Amen, D.G. (1996). A teenager's guide to A.D.D Fairfield, CA: MindWorks Press. (To order, call [800] 626 - 2720 * 400) .

Association on Higher Education and Disability (ADHD). (1997). Guilford for documentation of a learning disability in adolescents and adults. Columbus, OH: Author. (Available: http: //www. ahead. org; [614] 488 - 4972) .

Bramer, J. (1996). Succeeding in college with attention deficit disorders: Issues and strategies for students, counselors, and educators. Plantation, FL: Specialty Press. (To order, call [800] 233 - 9273) .

Dendy, C.A.Z. (1995). Teenagers with ADD: A parent's guide. Be-

thesda, MD: Woodbine House. (to order, call [800] 843 - 7323) .

Dinkmeyer, D., McKay, G.D. (1991).Parenting teanagers: Systematic training for effective parenting (STEP). New York: Random House. (To order, call [800] 733- 3000) .

Kravets, M., & Wax, I.F. (1997). The K & W guide to colleges for the learning disabled: A resource book for students, parents, and professionals. New York: Random House. (To order, call [800] 726 - 0600) .

Mangrum, C.T., & Strichart, S.S. (1997). Peterson's guide to colleges with programs for students with learning disabilities or attention deficit disorders (5th ed.). Princeton, NJ: Peterson's Guide. (To order, call [800] 225 - 0261) .

Nadeau, K.G., & Biggs, S.H. (1995). School strategies for ADD teens. New York: Magination Press. (To order, call A.D.D. Warehouse [800] 233 - 9273) .

Nadeau, K.G. (1994). Survival guide for college students with ADD of LD. New York: Magination Press. (To order, call [800] 374 - 2721).

Phelan, T.W. (1993). Surviving your adolescents. Glen Ellyn, IL: Child Management. (To order, call [800] 442 - 4453) .

Quinn, P.O. (1995). Adolescents and ADD: Gaining the advantage. New York: Magination Press. (To order, call [800] 374 - 2721) .

Quinn, P.O. (Ed.). (1994), ADD and the college student: A guide for high school and college students with attention deficit disorder. New York : Magination Press. (To order, call [800] 374 - 2721) .

مراجع الفصل الثالث عشر

Adler, L.A., Resnick, S., Kunz, M., & Devinsky, O. (1995). Open - label trial of venlafaxine in adults with attention deficit disorder. Psychopharmacology Bulletin, 31, 785 - 788 .

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author .

Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, PL 101 - 336, 42 U.S.C. §§ 12101 et seq .

Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Kwasnik, D. (1996a). Motor vehicle competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics, 98, 1089 - 1095 .

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Kwasnik, D. (1996b). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. Journal Of Attention Disorders, 1, 41 - 54 .

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory (2nd ed.). Sand Antonio, TX: The Psychological Corporation .

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Sperncer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J , Ablon, J.S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risks for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. American Journal of Psychiatry, 152, 431 - 435 .

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J., & Farone, S.V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. American Journal of Psychiatry, 152, 1652-1658 .

Brown, T.E. (1996). Brown Attention - Deficit Disorder Scales manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation .

Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978 - 987 .

Coger, R.W., Moe, K.L., & Serafetinides, E.A. (1996). Attention deficit disorder in adults and nicotine dependence: Psychological factors in resistence to recovery ? Journal of Psychoactive Drugs, 28, 229 - 240 .

Conners, C.K. (1990). Conners' Continuous Performance Test. North Tonawanda, NY: Multi - Health Systems .

Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E., & Ober, B.A. (1993). Manual for the California Verbal Learning Test: Children's Version. San Antonio, TX : The Psychological Corporation .

Delis, D.C., Kramer, J., Kaplan, E., Ober, B.A., & Fridlund, A. (1993). California Verbal Learning Test, Research Edition (CVLT) manual . San Antonio. TX: The Psychological Corporation .

Denckla, M.B. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: Residual type. Journal of Child Neurology, 6S, S42 - S48 .

Downey, K.K., Stelson, F.W., Pomerleau, O.F., & Giordani, B. (1997). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. Journal of Nervous and Mental Disease, 185, 32 - 38 .

Faraone, S.V., & Biederman, J. (1994). Genetics of ADHD. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3, 284 - 301 .

Goldstein, S. (1997). Evaluating adults. In S. Goldstein (Ed.), Managing attention and learning disorders in late adolescence and adulthood: A guide for practitioners (pp. 87 - 177). New York: John Wiley & Sons .

Gordon, M. (1983). The Gordon Diagnostic System. DeWitt, NY: Gordon, Systems .

Gordon, M, Barkley, R.A, & Murphy, K.R. (1997). ADHD on trial. The ADHD Peport, 5, 1 - 4 .

Greenberg, L. (1988). Tests of Variables of Attention. Los Alamitos, CA: Universal Attention Disorders .

Gronwall, D.M.A. (1977). Paced Auditory Serial - Addition Task: Ameasure of recovery from consussion. Perceptual and Motor Skills, 44, 367 - 373 .

Hallowell, E.M. (1995). Coaching : An adjunct to the treatment of ADHD. The ADHD Report, 5, 7 - 9 .

Hathaway, S.R., & Mckinely, J.C. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory (2nd ed.). Circle Pines, MN: NCS Assessments .

Heaton, R.K. (1981). A manual for the Wisconsin Card Sorting Test. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources .

Holdnack, J.A., Moberg, P.J., Arnold, S, E., Gur, R.E., & Gur, R.C. (1994). MMPI characteristics in adults diagnosed with ADD : A preliminary report. International Journal of Neuroscience, 79, 47 - 58 .

-Holdnack, J.A., Moberg, P.J., Arnold, S.E., Gur, R.C., & Gur, R.E. (1995). Speed of processing and verbal learning deficit in a adults diagnosed with attention deficit didorder. Journal of Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, 8, 282 - 292 .

Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1990). Kaufman Brief Intelligence Test. Circle Pines, MN: American Guidance Service .

Klein, R.G., & Mannuzza, S. (1991). Long - term outcome of hyperactive children : A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 383 - 387 .

Lachar, D. (1974). The MMPI : Clinical assessment and automated interpretation. Los Angeles: Western Psychological Services .

Latham, P.H., & Latham, P.S. (1995, Spring). Succeeding in the workplace ADHD. Attention!, 40 - 43 .

Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., & Hynes, M.E. (1997). Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1222 - 1227 .

Mannuzza, S., Klein, R.G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T.L., & Addalli, K.A. (1991). Hyperactive boys almost grown up. Archives of General Psychiatry, 48, 77 - 83 .

McDermott, S.P., Spencer, T., & Wilens, T.E. (1995, Fall). Commonsense about adult ADHD. Attention!, 36 - 41 .

Mealer, C., Morgan, S., & Luscomb, R. (1996). Cognitive functioning of ADHD and non - ADHD boys on the WISC - III and WRAML : An analysis within a memory model. Journal of Attention Disorders, 1, 133-147 .

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 37 - 44 .

Murphy, K., Barkley, R.A. (1996a). Prebvalence of DSM - IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. Journal of Attention Disorders, 1, 147 - 161 .

Murphy, K., & Barkley, R.A. (1996b). Updated adult norms for the ADHD Behavior Checklist for Adults. ADHD Report, 4, 12 - 16 .

Murphy, K.R., & LeVert, S. (1995). Out of the fog : Treatment options and coping strategies for adult attention deficit disorder. New York: Hyperion - Skylight Press .

Nadeau, K.G. (1996). Adventures in fast forward: Life, love, and work for the ADD adult. New York: Brunner / Mazel .

Nadeau, K.G. (1997). ADD in the workplace: Choice, changes. New York: Brunner / Mazel .

Peterson, L.R., & Peterson, M.J. (1959). Short - term retention of individual verbal items. Journal of Experimental Psychology, 58, 193 - 198.

Ratey, J.J., Greenberge, M.S., & Lindem, K.J. (1991). Combination of treatments for attention deficit disorder in adults. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 699 - 701 .

Rehabiiitation Act of 1973, PL 93 - 112, 29 U.S.C. §§ 701 et seq .

Reitan, R.R. (1979). The manual for the administration of neuropsychological test for children and adults. Tucson, AZ: Neuropsychology, Laboratory .

Rey, J.M., Morris - Yates, A., Singh, M., Andrews, G., 7 Stewart,

G.W. (1995). Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. American Journal of Psychiatry, 152, 895 - 900 .

Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Journal of Psychiatry, 151, 633 - 638 .

Silver, L.B. (1992). Diagnosis of attention - deficit hyperactivity disorder in adult life. Child Adolescent Psychiatric Clinical of North America. 1, 325 - 334 .

Spencer, T. Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention - deficit hyperactivity disorder across the life cycle. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 409 - 432 .

Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S.V., Ablon, S., & Lapey, K. (1995). A double - blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood - onset attention - deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 52, 434 - 443 .

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State - Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press .

Stein, M.A., Sandoval, R., Szumowski, E., Roizen, N., Reinecke, M.A., Blondis, T.A., & Klein, Z. (1995). Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale: Reliability and factor structure for men and womem. Psychopharmacology Bulletin, 31, 425 - 433 .

Ward, M.F., Wender, P.H., & Reimherr, F.W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 885 - 890 .

Wechsler, D. (1981). Wechsler Adult Intelligence Scale (Revised) manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation .

Weiss, G., & Hechtman, L.K. (1993). Hyperactive children grown

up (2nd ed.). New York : Guilford Press .

Wender, P.H. (1995). The treatment of ADHD in adults. In Attention deficit hyperactivity disorder in adults (pp. 144 - 197). New York: Oxford University Press .

Wender, P.H. (1996). Phenomenology of adult ADHD. The ADHD Report, 4, 11 - 12 .

Wender, P.H., & Reimherr, F.W. (1990). Bupropion treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. American Journal of Psychiatry, 147, 1018 - 1020 .

Wilens, T.E., Biederman, J., Prince, J., Spencer, T.J., Faraone, S.V., Warburton, R., Schleifer, D., Harding, M., Linehan, C., & Geller, D. (1996). Six - week, double - blind, placebo - controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry, 153, 1147 - 1153 .

Wilens, T.E., Biederman, j., & Spencer, T.J. (1997). Case study: Adverse effects of smoking marijuana while receiving tricyclic antidepressants. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 45 - 48 .

Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer, T.J., & Prince, J. (1995). Pharmacology of adult attention deficty / hyperactivity disorder: A review. Journal of Clinical psycholpharmacology, 15, 270 - 279 .

Wilens, T.E., Spencer, T.J., & Biederman, J. (1995). Pharmacotherapy of adult ADHD. In K.G. Nadeau (Ed.), A comprehensive guide to attention deficit disorders in adults (pp. 168 - 188). New York: Brunner/ Mazel .

Woodcock, R.W., & Johnson, M.B. (1990). Manual for the Woodcock - Johnson Tests of Achievement. Allen, TX: DLM Teaching Resources..

RESOURCES

The ADDed Line. A newsletter, most useful for adults, 3790 Loch Highland Parkway, Roswell, GA 30075; (800) 928 - 4028 .

Attention! (Ch.A.D.D), Spring 1977, issue devoted to Adults and ADD. Children and Adults with ADHD (CH.A.D.D), 499 NW 70th Avenue, Suite, 101, Plantation, FL 33317; (954) 587 - 3700 .

Goldstein, S. (1997). Managing attention and learning disorders in late adolescence and adulthood: A guide for practitioners. New York: John Wiley & Sons. (To order, call [800] 225 - 5945) .

Gordon, M., & McClure, F.D. (1996). The down and dirty guide to adult ADD (book or audiocassette). DeWitt, NY: GSI Publications Inc. (To order, call [800] 550 - 2343) .

Halowell, E.M., & Ratey, J.J. (1995). Driven to distraction : Recognizing and coping with attention deficit disorder from children through adulthood. New York: Touchstone Books. (To order, call [800] 223 - 2336).

Hartmann, T. (1993). Attention deficit disorder : A different perception. Grass Valley, CA: Underwood Books. (To order, call [800] 788 - 3213) .

Hartmann, T. (1994). Focus your energy: Succeeding in business with attention deficit disorder. New york: Pocket Books. (To order, call [800] 223 - 2348) .

Hartmann, T. (1995). ADD success stories: A guide to fulfillment for families with attention deficit disorder. Grass Valley, CA: Underwood Books. (To order, call [800] 788 - 3213) .

Hartman, T. (1996). Beyond ADD : Hunting for reasons in the past and present. Grass Valley, CA: Underwood Books. (To order, call [800] 788 - 3213) .

Kelly, K., & Ramundo, P. (1993). You mean I'm not lazy, stupid, or

crazy ?!: A self - help book for adults with attention deficit disorder. Cincinnati, OH: Tyrell & Jerem Press. (To order, call [513] 751 - 4352) .

Kelly, K., Ramundo, P., & Ledingham, D.S. (1997). The ADDed dimension: Everyday advice for adults with ADD. New York: Scribner. (To order, call [212] 632 - 4965) .

Kilcarr, P.J., & Quinn. P.O. (1997). Voices from fatherhood : Fathers, sons, and ADHD. New York: Brunner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089) .

Latham, P.S., & Latham. P.H. (1994). Succeeding in the workplace: Attentin deficit disorder and learning diabilities in the workplace. A guide for success. Washington, DC: JKL Communications. (To order, call [202] 223 - 5097) .

Murphy, K.R., & LeVert, S. (1995). Out of the fog : Treatment options and coping strategies for adult attention deficit disorder. New York : Hyperion - Skylight Press. (To order, call [212] 633 - 4400) .

Nadeau, K.G. (1995). A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults : Research, diagnosis, and treatment. New York : Brunner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089) .

Nadeau, K.G. (1996). Adventures in fast forward : Life, love, and work for the ADD adult. New York: Brunner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089) .

Nadeau, K.G. (1997). ADD in th workplace: Choices, changes, and challenges. New York: Brunner / Mazel. (To order, call [800] 825 - 3089).

The National Coaching Network, Post Office Box 353, Lafayette Hill, PA 19444 .

Phelan, T.W. (1994). Adults with attention deficit disorder [Video]. Glen Ellyn, IL: Child Management, Inc. (To order, call [800] 442 - 4453) .

Solden, S. (1995). Women with attenion deficit disorder : Embracing

disorganization at home and in the workplace. Grass Valley, CA: Underwood Books. (To order, call [916] 274 - 7997) .

Weiss, L. (1996). ADD on the job: Making your ADD work for you. Dallas, TX: Taylor Publishing. (To order, call [214] 677 - 2800) .

Weiss, L. (1996). Attention defict disorder in adults: Practical help for sufferers and their spouses (Rev. ed.). Dallas, TX: Taylor Pubishing . (To order, call [214] 637 - 2800; workbook also available) .

Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1993). Hyperactive children grown up (2nd ed.). New York: Guilford Press .(To order, call [800] 365 - 7006) .

Wender, P.H. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press . (To order, call [800] 451 - 7556) .

Whiteman, T.A., Novotini, M., & Petersen, R. (1995). Adult ADD: A reader friendly guide to identifying, understanding, and treating adult attention deficit disorder. Colorado Springs, CO: Pinon Press. (To order, call [800] 366 - 7788) .

تم الصف والإخراج الفني
بمركز الصفا للكمبيوتر
مصر - منية سمنود - دقهلية
ت : ٠٤٠ / ٢٩٧٦١٣٧